

ENFERMEDAD DE HANSEN



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DEL PROGRAMA DE LEPRO / HANSEN

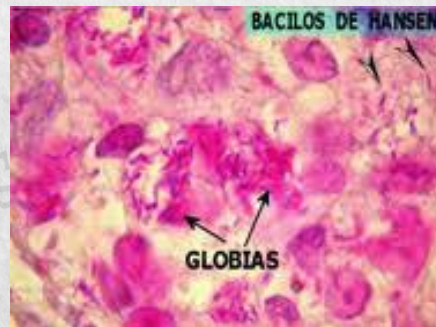
FT. Dayana Cipagauta Fernandez
Esp. Gerencia de la calidad y auditoria en servicios de salud
Referente Programa Hansen SSD

ENFERMEDAD DE HANSEN

- Es una **enfermedad infecto contagiosa, granulomatosa crónica**, causada por el bacilo de Hansen o Mycobacterium Leprae.
- Se **transmite por inhalación** de secreciones del tracto respiratorio superior (nariz y boca), derivada de la convivencia prolongada, su periodo de incubación puede durar hasta 10-15 años.
- Muestra **alta afinidad por los tejidos del cuerpo con más bajas temperaturas** como la nariz, lóbulos de la orejas, cejas y codos.
- Se diagnostica por la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en linfa (líquido intersticial) y en estudio histopatológico (en aquellos casos en los que no fue posible establecerse un diagnóstico y clasificación clínica).



GERHARD HENRIK ARMAUER HANSEN (1841-1912).
Gerhard Henrick
Armauer Hansen.
Noruega 1873.



El bacilo AAR, intracelular obligado que no es cultivable in vitro y tiene afinidad por las celular de Schwann y macrófagos.



DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN

Diagnóstico eminentemente CLÍNICO: examen dermato-neuro-oftalmológico. Sin necesidad de laboratorio en la mayoría de casos.

Signos Dermatológicos

- Manchas blancas o rojizas (hipo/hipercrómicas)
- Pápulas, infiltraciones difusas
- Tubérculos y nódulos
- Edema de manos y pies
- Sequedad de mucosa nasal/ocular
- Nódulos eritematosos dolorosos

Signos Neurológicos

- Engrosamiento de nervios periféricos
- Pérdida de sensibilidad (térmica, dolorosa, táctil)
- Debilidad o parálisis muscular
- Neuritis aguda con dolor intenso
- Neuritis silenciosa (sin dolor)
- Reabsorciones óseas / atrofia falanges



SP -
SSNP



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Examen dermato-neuro-oftalmológico, que tiene como propósito identificar las lesiones (máculas, pápulas, placas, infiltrados o nódulos) o áreas de la piel con alteración de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil y alteración de la fuerza muscular.



SANTANDER



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Clasificación rápida para decisión terapéutica, especialmente en zonas con recursos limitados.

LEPRA PAUCIBACILAR (PB)

- ✓ 1 a 5 lesiones cutáneas
- ✓ Sin BAAR demostrado en linfa o histopatología
- ✓ Tratamiento: 6 blísteres MB (máx. 9 meses)
- ✓ Seguimiento convivientes: 5 años
- ✓ Baciloscopia: inicio y fin (0 y 6 meses)

LEPRA MULTIBACILAR (MB)

- ✓ > 5 lesiones cutáneas
- ✓ Afectación de troncos nerviosos
- ✓ BAAR positivo en linfa o histopatología
- ✓ Tratamiento: 12 blísteres MB (máx. 18 meses)
- ✓ Seguimiento convivientes: 7 años

⚡ **Evaluación de la función nerviosa:** Al diagnóstico y cada 3 meses durante PQT. Nervios más afectados: cubital, mediano, peroneo, tibial posterior y facial.



Esquema de Tratamiento – PQT



Multibacilar 12
blíster
(en 18 meses)
Paucibacilar 6 blíster
(en 9 meses)

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

LEPROREACCIONES

Las reacciones leproticas, o leproreacciones, son **respuestas inmunológicas de hipersensibilidad, con signos y síntomas de inflamación aguda, que se presentan en la evolución crónica de la enfermedad de Hansen.**



Las reacciones tipo I, se caracterizan por **nuevas lesiones y edema de las mismas, neuritis de los troncos nerviosos** ameritando la intervención médica urgente para evitar lesiones permanentes en los nervios.

La reacción tipo II o eritema nodoso se presenta por activación de tipo febril, **nódulos inflamatorios de 1 a 5 cm de diámetro en toda la superficie corporal e inflamación de las lesiones leproticas establecidas.**

Fenómeno de Lucio: Inicia con **máculas violáceas dolorosas o placas rodeadas de eritema que forman infartos hemorrágicos formando ampollas que duran tres a cuatro semanas, úlceras y necrosis.**



REMISIONES PARA PACIENTE AL INGRESAR AL PROGRAMA

- ✓ Controles con medicina general
- ✓ Desparasitación al iniciar tratamiento y cada 6 meses.
- ✓ Controles por otras especialidades (oftalmología, optometría, fisioterapia, psicología, trabajo social, odontología)
- ✓ Exámenes paraclínicos: Cuadro hemático, glicemia, pruebas de función hepática (pacientes con historia de consumo de alcohol o hepatitis) y renal, uroanálisis, coprológico: Antes de iniciar el tratamiento y repetir de acuerdo con la condición del paciente.
- ✓ Monitoreo microbiológico (Baciloscopias de control)
- ✓ Farmacovigilancia Activa
- ✓ Prueba de embarazo

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

SEGUIMIENTO



DURANTE EL TRATAMIENTO

Consulta médica general

Cada 2 meses. 1ª cita: definir PB/MB, supervisar dosis día 1, establecer plan.

Control enfermería

Mensual: verificar blíster vacío, supervisar nueva dosis, educar al paciente.

Baciloscopia (PB)

Al inicio y al finalizar (meses 0 y 6).

Baciloscopia (MB)

Inicio, mes 6 y al finalizar (meses 0, 6 y 12).

Fisioterapia

Trimestral durante PQT para prevención de discapacidad en manos, ojos y pies.


Psicología / Trabajo Social

Al inicio. Seguimiento en casos con riesgo de abandono.

POST-TRATAMIENTO (anual)

Consulta médica anual · Fisioterapia 2x/año · Especialista 1x/año · Baciloscopia solo si sospecha de recaída o resistencia

Todas las acciones registrar en sistema de información del Programa. Controles LIBRES de copagos y cuotas moderadoras.

	SOLICITUD Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS PARA LEPROA MULTIBACILAR O PAUCIBACILAR	CÓDIGO	MI-GS-RC-B2
		VERSION	0
		FECHA DE APROBACION	13/09/2016
		PÁGINA	1 de 1

**LISTA DE CHEQUEO PARA LA SOLICITUD Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS PARA
LEPROA MULTIBACILAR O PAUCIBACILAR**

Nombre del paciente: _____ Edad: ____ Peso: _____ Fecha: _____

EAPB: _____ IPS tratante: _____

Persona Solicitante: _____

Nombre y cargo de quien reclama: _____

ITEM	PQT MB O PB	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	Copia de la ficha individual de tratamiento debidamente diligenciada			
2.	Original o copia de formula medica completamente diligenciada definiendo el número de blíster para el tratamiento según la clasificación (MB o PB), sin tachones y/o enmendaduras.			
3.	Copia de baciloscopia y/o biopsia para ingreso a tratamiento. Posteriormente control de baciloscopia cada seis meses.			
4.	Copia de historia clínica de seguimiento que incluya valoración médica general mensual, con énfasis en el examen físico dermatoneurooftalmológico completo y legible en la que se establece el diagnóstico y se determine esquema de tratamiento a seguir según condición individual del paciente y acorde a los lineamientos programáticos de Lepra.			
5.	Copia de valoración o de orden de interconsulta de control y seguimiento por fisioterapia, psicología o psiquiatría, oftalmología, otorrino, ortopedia y Nutrición. (Las indicadas según el caso por el médico tratante.)			
6.	Copia de resultado de laboratorios clínicos: glicemia, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, hemograma, colesterol, electromiografía, para ingreso a tratamiento. (Las indicadas según el caso por el médico tratante.)			
7.	Ficha de notificación a SIVIGILA			
8.	Pantallazo de notificación a SIVIGILA			

Nota: Los pacientes que sean diagnosticados como **RECIDIVAS** no pueden ser notificados al SIVIGILA hasta



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

IDENTIFICACIÓN			
Nombre del paciente:			
Tipo de identificación y número:		Teléfono:	
Dirección de residencia:			
Municipio:		Departamento:	
Fecha de nacimiento:		IPS:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Zona: Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/>	
Ocupación:		Nacionalidad:	
Regimen de afiliación:		Pertenencia étnica:	
P. - excepción <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>
C - contributivo <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Protección integral a cargo del ICOP <input type="checkbox"/>	Palestino <input type="checkbox"/>
N - no asegurado <input type="checkbox"/>	Migrante <input type="checkbox"/>	Madre comunitaria <input type="checkbox"/>	Rafal <input type="checkbox"/>
E - especial <input type="checkbox"/>	Caracoleo <input type="checkbox"/>	Desmovilizado <input type="checkbox"/>	Negro/Mulato-Afrocolombiano <input type="checkbox"/>
S - subsidiado <input type="checkbox"/>	Declarado <input type="checkbox"/>	Centro psiquiátrico <input type="checkbox"/>	Rom <input type="checkbox"/>
EAPS <input type="checkbox"/>	Víctima de violencia armada <input type="checkbox"/>	Otros grupos poblacionales <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

INGRESO A POLICLINICA/TERAPIA/PT/									
Fecha	Condición de ingreso			Criterio diagnóstico			Clasificación		Fuente de contagio:
	Nuevo	Recibido	Recuperado	Recidiva	Enfermedad Cutánea	II	III	PS	
Método de hallazgo									

EXAMEN DE INGRESO									
Primeros síntomas						Fecha de aparición		Grado de discapacidad en ojos, manos y pies	
						Derecho		Izquierdo	
Lesiones Cutáneas				0		0		0	
Ubicación	Tipo		No	Sensibilidad	1	2	0	1	2
Lesiones de Troncos Nerviosos				0		0		0	
Articular		Cubital		Mediano		Radial		C.P.E.	
D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Engrosamiento						2		2	
Date						Grado máximo: 0 1 2			

INVESTIGACIÓN A CONVIVIENTES											
No.	Nombre	Edad	Sexo		Estado clínico		Diagnóstico confirmado:	Clasif. BCG		Aplicación BCG	
			M	F	Sano	Enfermo		SI	NO	SI	NO

DEMANDAS				ACTIVIDADES EDUCATIVAS			
Fecha		Fecha		Pacientes		Grupo familiar	
Psicología		Ortopedia					
Trabajo Social		Oftalmología				Charla general sobre lepra	
Nutrición		Odontología				Charla sobre autoexamen	
Fisioterapia		Grupos Psíquicos				Entrega de material educativo	
		Otro					

TRATAMIENTO DE REACCIONES			Evaluación de discapacidad en ojos, manos y pies (cada 6 meses)	
Signos de reacción:	Fecha:		Fecha:	
Resultado:			Derecho	Izquierdo
Neuritis (Tipo 1)	Fecha	Fecha	0	0
Carfisolis			1	1
			2	2
Aviñanaribris				
Liberación quirúrgica			0	0
Eritema Nodoso Lepra (Tipo 2)	Fecha	Fecha	1	1
			2	2
Carfisolis				
Talidomida			0	0
Ciclofina			1	1
			2	2
Tratamiento de otras patologías asociadas	Fecha	Fecha		
Focos sépticos			Grado máximo: 0 1 2	
Conjuntivitis			Bacteriología de control	
Parasitemia				

CONTROL DEL TRATAMIENTO PQT														
Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PS: 6 días en los últimos 9 meses	MI: 12 días en los últimos 18 meses
												Al final del tratamiento		
												No de días		
												No de meses		

RESULTADO DE BÚSQUEDA EN CASO DE INASISTENCIA							Comentarios:
Fecha	Recuperado	Fallecido	No localizado	Cambio de residencia	Renunció		

RESULTADO DE LA PQT		Grado de discapacidad al ingreso (ojos, manos y pies)		Comentarios:
Fecha de salida:	Fecha:	Derecho	Izquierdo	
Bacteriología final: SI		0	0	
		1	1	
		2	2	
Tratamiento Finalizado	<input type="checkbox"/>	0		
Fallecido	<input type="checkbox"/>	1		
	<input type="checkbox"/>	2		
Pérdido (Abandono)	<input type="checkbox"/>	0		
	<input type="checkbox"/>	1		
	<input type="checkbox"/>	2		
Remisión:	<input type="checkbox"/>	0		
	<input type="checkbox"/>	1		
	<input type="checkbox"/>	2		
A donde fue remitido:		0		
		1		
		2		
		Grado máximo: 0 1 2		

GRADO DE DISCAPACIDAD

MANOS Y PIES	
Grado 0	Sin hipoestesia ni daño o deformidad visible.
Grado 1	Hipoestesia o anestesia sin daño ni deformidad visible.
Grado 2	Daño o deformidad visible: En manos: ulceraciones crónicas en las palmas, debilidad muscular, rigidez hasta llegar a la contractura de los dedos, pérdida de tejido, incluidos los dedos. En pies: ulceraciones crónicas en las plantas que también pueden afectar a los huesos (osteomielitis), debilidad muscular, pie caído, contractura de los dedos, pérdida de tejido, incluidos los dedos.
OJOS	
Grado 0	Ningún problema ocular atribuible a lepra o enfermedad de Hansen; sin indicios de pérdida de la agudeza visual.
Grado 1	Problema ocular atribuible a lepra o enfermedad de Hansen, pero sin afectación grave de la visión (visión de 6/60 o mejor; puede contar los dedos a una distancia de 6 metros).
Grado 2	Deterioro visual grave (visión inferior a 6/60; no puede contar los dedos a una distancia de 6 metros), logofthalmia, iridociclitis, opacidades corneales, úlcera de la córnea, ceguera.

Problema

Diagnóstico tardío, de pacientes con grados de discapacidad 1 y 2 debido al desconocimiento de los signos y síntomas por parte del talento humano en salud. Fallas o barreras en el acceso a los servicios de salud.



DATOS GENERALES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Municipio _____ Departamento _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Clasificación: PB _____ MB _____ LNP _____ Fecha de inicio PQT: ____/____/____ Fecha de finalización: ____/____/____

Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	CARA	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3
			DERECHO			
			NARIZ			
			IZQUIERDO			
			Queja Principal			
			Resecamiento (S/N)			
			Herida (S/N)			
			Perforación del Septum (S/N)			
			OJOS			
			Queja Principal			
			Agudeza visual (Tabla de Snellen 6 m.)			
			Opacidad corneal (S/N)			
			Catarata (S/N)			
			Madarosis (S/N)			
			Triquisias (S/N)			
			Ectropión (S/N)			
			Entropión (S/N)			
			Disminución de sensibilidad corneal (S/N) (realizada con seda dental con cera)			
			Cierra los ojos sin fuerza (mm)			
			Cierra los ojos con fuerza (mm)			
OBSERVACIONES						

Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	MIEMBROS INFERIORES	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3
			DERECHO			
			IZQUIERDO			
			Queja Principal			
			Palpación de nervios (N = Normal; E = Engrosado; D = Dolor)			
			Peroneo-CPE			
			Tibial-TP			
			Levante el dedo gordo. Extensión valgus (nervio peroneo).			
			Levantar el pie (dorsiflexión) (nervio peroneo)			
P = Paralizada (0,1) D = Débil (2,3,4) N = Normal (5)						
			INSPECCION Y EVALUACION SENSITIVA			
			Lapicero /filamento rojo (4g) Siente: (✓); No siente: (X) o Garra móvil: (M); Garra Rígida: (R); Reabsorción: (👉); Herida: (👉)			
OBSERVACIONES						

Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	MIEMBROS SUPERIORES	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3
			DERECHO			
			IZQUIERDO			
			Queja Principal			
			Mano: Heridas, alteraciones visibles			
			Palpación de nervios (N = Normal; E = Engrosado; D = Dolor)			
			Cubital			
			EVALUACION DE FUERZA			
			Separar dedo meñique, Abducción del 5º dedo (nervio cubital)			
			Elevar el pulgar, Abducción del pulgar (nervio mediano)			

Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	MIEMBROS SUPERIORES	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3
			DERECHO			
			IZQUIERDO			
			Elevar el puño, Abducción del puño (nervio radial)			
P = Paralizada (0,1) D = Débil (2,3,4) N = Normal (5)						
			INSPECCION Y EVALUACION SENSITIVA			
			Lapicero (kilométrico o BIC)/filamento rojo (4g) Siente: (✓); No siente: (X) o Garra móvil: (M); Garra Rígida: (R); Reabsorción: (👉); Herida: (👉)			
OBSERVACIONES						

BUSQUEDA ACTIVA / VALORACION DE CONVIVIENTES

- La búsqueda de SP y de SSNP, se enfocará principalmente en las personas convivientes de casos diagnosticados con enfermedad de Hansen.

SEGUIMIENTO A CONVIVIENTES

- Esta actividad está a cargo de la entidad territorial del orden municipal donde resida el paciente.
- Visita inicial: se realizará a los **8 días posteriores a la notificación del evento** conjuntamente de acuerdo a lo consignado en el protocolo de vigilancia del evento.
- Visitas de seguimiento: se realizará en visitas domiciliarias, una a los **6 meses** de la visita inicial y posteriormente **cada 12 meses** a partir de la visita inicial por un periodo **de 5 años para los casos PB y por 7 años para los casos MB.**





Visitas de Campo – Investigación Epidemiológica

1

Captación del caso



Notificación inmediata por IPS al sistema de vigilancia en salud pública según protocolo INS.

2

Visita inicial (≤ 8 días)



DTS municipal realiza la visita domiciliaria dentro de los 8 días. Registro de convivientes en formato Minsalud.

3

Investigación de campo



Identificar SP y SNP, factores de riesgo de transmisión y de discapacidad en hogar, trabajo, escuela y comunidad.

4

Visitas de seguimiento



A los 6 meses, luego cada 12 meses:

- Caso PB: durante 5 años
- Caso MB: durante 7 años



La salud es de todos

Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN - SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LEPROA O ENFERMEDAD DE HANSEN

INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIARIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE SEGUIMIENTO AL CASO ÍNDICE Y A CONVIVIENTES

1. DATOS DE LA VISITA

VISITA EPIDEMIOLÓGICA () 6 MESES () 1 AÑO () 2 AÑOS () 3 AÑOS () 4 AÑOS () 5 AÑOS () 6 AÑOS () 7 AÑOS ()

1.1. DEPARTAMENTO / DISTRITO DE RESIDENCIA	1.2. MUNICIPIO DE RESIDENCIA	1.3. ÁREA	1.4. LOCALIDAD /COMUNA	1.5. BARRIO /VEREDA	1.6. DIRECCIÓN	1.7. TELÉFONO	1.8. LATITUD	1.9. LONGITUD

2. DATOS DEL CASO ÍNDICE

2.1. PRIMER APELLIDO	2.2. SEGUNDO APELLIDO	2.3. NOMBRES	2.4. FECHA DE NACIMIENTO	2.5. OCUPACIÓN	2.6. ESCOLARIDAD	2.7. CLASIFICACIÓN	2.8. FECHA INICIO DE TRATAMIENTO
						PB () MB ()	

2.9. ¿Pertenece a alguna organización de base civil?	2.10. ¿Está inscrito en algún programa de rehabilitación?	2.11. ¿Es beneficiario del subsidio para enfermedad de Hansen?	2.12. ¿Está inscrito en el Registro Especial de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RELCPD?
2.13. ¿Es beneficiario de alguno de los programas de protección social que ofrece el Estado?	2.13.1 ¿De cuál/es?	2.14. ¿Presenta una discapacidad que le impida la movilidad de manera autónoma?	2.15. ¿Utiliza algún dispositivo que le favorezca la movilidad?
2.16. ¿Conoce los ejercicios para prevenir la discapacidad?	2.17. ¿Realiza inspección diaria de manos, ojos y pies?	2.18. ¿Realiza inmersión de manos y pies en agua fría?	2.19. ¿Lubrica sus pies, manos y otras partes del cuerpo con crema o aceite?
2.20. ¿Lubrica sus ojos con gotas frecuentemente?	2.21. ¿Utiliza protección para los ojos como gorra y gafas?	2.22. ¿Ha presentado demoras por parte de la EPS?	2.22.1. ¿Cuáles?

3. ENTREVISTA

3.1. ¿Le han brindado educación sobre su enfermedad? Hansen: SI NO Reacciones: SI NO Autocuidado: SI NO	3.2. ¿A su familia o a sus convivientes les han brindado educación sobre su enfermedad?	3.3. ¿Tienen dudas sobre su enfermedad?	3.3.1. ¿Cuál/es?, si es necesario utilice el campo de observaciones
3.4. ¿Alguien más de su familia o sus convivientes ha tenido la enfermedad?	3.5. ¿Ha convivido con otras personas diferentes a las actuales? (Si la respuesta es sí, incluir en el listado de convivientes (Item 5) y programar la visita correspondiente)	3.6. ¿Su núcleo familiar o sus convivientes han sido examinados para descartar la enfermedad?	3.7. ¿La enfermedad ha cambiado su dinámica familiar o de convivencia?

VISITA CONVIVIENTES 10062021

INSTRUCTIVO



ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Protocolo de intervención para la administración de Profilaxis Posterior a la Exposición (PPE) con Dosis Única de Rifampicina (SDR)

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

01.

Protocolo de intervención para la administración de Profilaxis Posterior a la Exposición (PPE) con Dosis Única de Rifampicina (SDR)

Tipos de contacto



- **Contacto en el hogar:** persona viviendo en el mismo domicilio o compartiendo la misma cocina con un caso índice; esto incluye miembros de la familia, personal doméstico u otras personas que comparten el mismo alojamiento. Un miembro de la familia que vive en otro lugar no debe considerarse un contacto doméstico.
- **Contacto cercano:** una persona que vive en el vecindario de un caso índice, típicamente definido como un hogar adyacente o que vive dentro de los 100 metros (4). Debido a la proximidad geográfica, estas personas tienen una mayor probabilidad de estar expuestas y/o infectadas.
- **Contacto social:** otras personas que han tenido un contacto prolongado con un caso índice y que no están clasificadas como contacto familiar o cercano. Estos pueden incluir amigos, personas que comparten el lugar de trabajo (por ejemplo, trabajadores de fábrica, colegas de oficina) o la escuela (estudiantes y profesores) o lugar de diversión (por ejemplo, un club deportivo).



Quimioprofilaxis – Dosis Única de Rifampicina (SDR)

Evidencia (Ensayo COLEP, Bangladesh): SDR reduce el riesgo de desarrollar lepra en contactos un 56,5 % a 2 años y 34,9 % a 5-6 años. Estrategia costo-efectiva.

Tabla de Dosificación – Rifampicina Dosis Única

Niños < 20 kg (≥ 2 años)	10-15 mg/kg
Niños 6-9 años (peso < 20 kg)	150 mg
Niños 6-9 años (peso ≥ 20 kg)	300 mg
Niños 10-14 años	450 mg
Adultos ≥ 15 años	600 mg

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- X Signos/síntomas de lepra o TB
- X Trastornos hepáticos o renales
- X Embarazo (administrar post-parto)
- X Rifampicina en los últimos 2 años
- X Alergia a rifampicina / Negativa

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Contacto ≥ 20 h/semana por >3 meses
- ✓ Edad ≥ 2 años (< 2 años: esperar)
- ✓ Consentimiento informado firmado
- ✓ Sin signos ni síntomas de lepra



Mensajes Clave para el Personal de Salud



Diagnóstico clínico: lesiones cutáneas con pérdida de sensibilidad y nervios engrosados.



Visita domiciliaria en ≤ 8 días. Registrar todos los convivientes nominalmente.



Tratamiento gratuito con blíster MB. Día 1 supervisado presencial. NO interrumpir.



Quimiopprofilaxis SDR (rifampicina dosis única) a contactos: reduce riesgo 56,5 % a 2 años.



Seguimiento activo: consulta cada mes, baciloscopia periódica, fisioterapia trimestral.



Combatir el estigma: la lepra ES CURABLE. Atención con dignidad y sin discriminación.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

REPORTE MENSUAL

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Operación del programa

Calidad del dato reportado

L	M	N	O	P	Q	R	S
SEGUNDO APELLIDO	TIPO ID	No. ID	SEJO	EDAD (EN AÑOS)	SIN DATO	PUEBLO INDÍGENA	GRUPO POBLACIONAL
MURILLO	CC	11820134	M	SD	OTROS	NA	OTROS
MARIN	CC	10019094	M	SD	OTROS	NA	OTROS

TRIMESTRE DEL AÑO	FECHA DE INICIO DE SINTOMAS (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO A TRATAMIENTO (dd/mm/aaaa)
II	1/01/2018	SIN DATO
IV	31/10/2019	SIN DATO

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	EAPB	CLASIFICACIÓN (PB MB)
ESPECIAL	NUEVA EPS	MB
ESPECIAL	FAMISANAR	MB
ESPECIAL	MAGISTERIO	MB
ESPECIAL	MAGISTERIO	PB
ESPECIAL	INSPONAL	PB
ESPECIAL	SANIDAD MILITAR	MB
ESPECIAL	EMCOSALUD	PB

EDAD (EN AÑOS)	SIN DATO	PUEBLO INDÍGENA	GRUPO POBLACIONAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	BARRIO	LOCALIDAD/ COMUNA	RÉGIMEN DE AFILIACIÓN
58	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO
73	INDIGENA	NA	DISCAPACIDAD					SUBSIDIADO
73	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO
61	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO
57	OTROS	NA	OTROS					CONTRIBUTIVO
74	OTROS	NA	DESPLAZADO					SUBSIDIADO
40	OTROS	NA	OTROS					CONTRIBUTIVO
60	OTROS	NA	MIGRANTES					NO ASEGURADO
28	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO
52	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO
55	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO
31	OTROS	NA	OTROS					SUBSIDIADO

PERTENENCIA ÉTNICA	PUEBLO INDÍGENA	GRUPO POBLACIONAL
OTROS	NA	OTROS
DISCAPACIDAD	NA	DISCAPACIDAD
OTROS	NA	OTROS
OTROS	NA	OTROS
OTROS	NA	OTROS
DESPLAZADOS	NA	DESPLAZADO
OTROS	NA	OTROS
OTROS	NA	MIGRANTES
OTROS	NA	OTROS
OTROS	NA	OTROS
OTROS	NA	OTROS



Operación del programa

Calidad del dato reportado

CONDICIÓN DE EGRESO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)
ABANDONO	16/08/2017
ABANDONO	18/09/2018
ABANDONO	30/11/2018

GRADO MÁXIMO DE DISCAPACIDAD AL INGRESO	RESULTADO BACIOSCOPIA DE CONTROL	CONDICIÓN DE EGRESO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)	NÚMERO DE BLÍSTERES RECIBIDOS	NÚMERO DE MESES TTO	RESULTADO BACIOSCOPIA DE EGRESO	GRADO DE DISCAPACIDAD AL EGRESO
0	N.A.	TRATAMIENTO COMPLETADO	6/09/2016	6	6	SD	SD
0	SD	TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD	SD	SD
0	SD	TRATAMIENTO COMPLETADO	5/01/2020	6	6	1	N.A.
0	SD	TRATAMIENTO COMPLETADO	15/03/2020	6	6	0	N.A.

CONDICIÓN DE EGRESO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)	NÚMERO DE BLÍSTERES RECIBIDOS	NÚMERO DE MESES TTO
TRATAMIENTO COMPLETADO	30/07/2018	SD	12
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	13/12/2019	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	12/09/2019	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	29/06/2019	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SIN DATO	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	3/06/2020	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	3/06/2020	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	3/06/2020	SD	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	SD	SD

CONDICIÓN DE EGRESO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)	NÚMERO DE BLÍSTERES RECIBIDOS	NÚMERO DE MESES TTO
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	3	3
TRATAMIENTO COMPLETADO	23/06/2017	2	6
TRATAMIENTO COMPLETADO	27/03/2018	4	4
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	2	2
TRATAMIENTO COMPLETADO	SIN DATO	1	1
TRATAMIENTO COMPLETADO	22/08/2019	2	SD
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	2	12
TRATAMIENTO COMPLETADO	SD	4	12

CONDICIÓN DE EGRESO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)	NÚMERO DE BLÍSTERES RECIBIDOS	NÚMERO DE MESES TTO	RESULTADO BACIOSCOPIA DE EGRESO	GRADO DE DISCAPACIDAD AL EGRESO	OBSERVACIONES
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	SD	6	12	0	1	
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	SD	5	12	SD	SD	
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	SD	SD	SD	SD	SD	
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	1/01/2018	4	4	SD	1	
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	SD	NO REALIZADO	NO REALIZADO	NO REALIZADO	NO REALIZADO	
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	N.A.	SD	SD	N.A.	N.A.	

03. Operación del programa

Calidad del dato reportado

TRATAMIENTO	NÚMERO DE MESES TTO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)
TRATAMIENTO FINALIZADO	5/05/2018	
TRATAMIENTO FINALIZADO	26/05/2016	
TRATAMIENTO FINALIZADO	23/09/2015	
TRATAMIENTO FINALIZADO	28/04/2016	
TRATAMIENTO FINALIZADO	8/08/2016	
TRATAMIENTO FINALIZADO	13/10/2016	

TRATAMIENTO	NÚMERO DE MESES TTO
TALIDOMIDA	54
TALIDOMIDA	54
TALIDOMIDA	79
TALIDOMIDA	60
TALIDOMIDA	53
TALIDOMIDA	65
TALIDOMIDA	66
TALIDOMIDA	57
TALIDOMIDA X 100MG	78
TALIDOMIDA	63 MESES

TRATAMIENTO	NÚMERO DE MESES TTO	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa)	OBSERVACIONES
CORTICOSTEROIDES	24	2/04/2007	NINGUNA
TALIDOMIDA	30	20/10/2009	NINGUNA
TALIDOMIDA	1	20/10/2009	NINGUNA
THALIDOMIDA	1		
THALIDOMIDA	1		
THALIDOMIDA	1		
PREDNISOLONA 50 MG/DIA X 10 DIAS	1	SD	
prednisolona			TERMINARON
talidomida+prednisolona			TERMINARON
prednisolona			TERMINARON
prednisolona			TERMINARON



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

GRACIAS