

DIAGNOSTICO DE LA LEPRA

MANUAL PRACTICO PARA MGI

Colectivo de autores:

Prof. Odelaisy Suárez Moreno

Dra. Laura Hurtado Gascón

Dra. Olenia Pesant Hernández

Dra. Odisney Lugo Suárez

Dra. Thelma Tápanes Fernandez

Dra. Olenia Hernández Gutiérrez

Dra. María Elena Alonso Gómez

Dra. Adis Abab Machado

Dra. María Reyes

Lic. M. Isabel Chao Sautié

Ciudad de La Habana
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"
2007

El presente manual está dirigido a los Médicos de Familia para que tengan un documento funcional que los ayude a conocer más de cerca el diagnóstico de la Lepra, enfermedad endémica en Cuba y que sigue aportando alrededor de 200 casos nuevos cada año.

La Lepra llegó a nuestro país con los conquistadores y esclavos y encontró en la Isla el medio apropiado para circular en sus habitantes y hasta la fecha sigue diagnosticándose en todas las provincias, unas con más y otras con menos incidencia, pero en todas encontramos nuevos casos de Lepra. Es por ello que los autores de este documento entendemos que este manual le será de gran utilidad a nuestros médicos de familia para su quehacer diario en nuestro territorio y en los países del tercer mundo donde prestan misión internacionalista, quienes generalmente se encuentran en la zona geográfica endémica de la enfermedad.

INDICE

Epidemiología de la lepra	1
Modo de transmisión	1
Periodo de incubación	1
Susceptibilidad y resistencia	1
Localización de casos	2
Acciones de control de foco	2
Indicaciones para el estudio de los contactos	2
Diagnóstico	3
Diagnóstico clínico	3
Diagnóstico bacteriológico	6
Diagnóstico histopatológico	7
Elección del esquema apropiado de MDT	9
Reacciones adversas a medicamentos	11
Prevención de discapacidades	12
Tipos de nervios que se afectan	12
Clasificación del riesgo de padecer discapacidad	13
Evaluación neurológica	14
Educación del enfermo	14
Principales grupos de riesgo	16
El control de la lepra en la atención primaria	16
Función de los médicos de la familia	16
El dermatólogo en la consulta del policlínico	17
La enfermera encuestadora del policlínico	18

EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPRO

Es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y también los ojos, además de algunas otras estructuras. Afecta a personas de cualquier edad y a ambos sexos.

El *Mycobacterium leprae* es el agente causal de la Lepra y su reservorio es el hombre fundamentalmente, los datos epidemiológicos indican que la infección humana constituye la fuente de transmisión de la enfermedad al hombre, aunque se ha encontrado en forma natural en armadillos y en primates.

MODO DE TRANSMISIÓN

En general se acepta que es importante un contacto íntimo y prolongado con el enfermo no tratado por un año al menos. La principal vía de eliminación y penetración de los bacilos al organismo son las vías respiratorias superiores, y posiblemente penetren a través de la piel dañada.

Los pacientes MB son los de mayor importancia epidemiológica en la transmisión de la enfermedad.

Cuando se inicia el tratamiento multidroga el enfermo deja de ser infectante porque las primeras dosis de medicamentos hacen que los bacilos no sean viables, incapaces de infectar a otras personas

PERIODO DE INCUBACIÓN

Se plantea como promedio 5 años, por lo cual es importante la vigilancia de los contactos de los enfermos una vez al año durante este periodo de tiempo.

SUSCEPTIBILIDAD Y RESISTENCIA

La aparición de la enfermedad y sus diferentes manifestaciones clínicas depende de la respuesta del sistema inmunológico del organismo frente al patógeno:

En un lado del espectro, los pacientes con LT con pocas lesiones y pocos bacilos, controlan bien la enfermedad; al contrario de los enfermos situados en el otro polo con LL, muchas lesiones, muchos bacilos y sin poder contener la infección.

La inmunidad mediada por células es fuerte en LT mientras que el LL, es potente la respuesta de anticuerpos.

LOCALIZACIÓN DE CASOS

La localización de casos se llevará a cabo en las unidades del sistema de salud, en la familia y en la comunidad, con el objetivo de detectar oportunamente a los enfermos, antes que presenten lesiones irreversibles, para lo cual es importante que el dermatólogo de la Atención Primaria jerarquice las acciones de búsqueda y control en coordinación con los médicos de familia, la que se realizará en los contactos de enfermos, en la población definida previamente como en riesgo, manteniendo la vigilancia durante cinco años mediante el examen dermatoneurológico (EDN) por el médico de familia y también entre los que consultan espontáneamente por lesiones sospechosas en piel .

En la búsqueda de casos es importante la interrelación de Dermatología con especialidades como Neurología, Angiología, ORL, Alergia, Medicina Interna, Reumatología, Ortopedia

ACCIONES DE CONTROL DE FOCO

A partir del caso índice y mediante el estudio epidemiológico del mismo, se investigarán los contactos en busca de la fuente de infección y/o de casos secundarios a partir de una fuente común.

La investigación epidemiológica nos permite conocer las características del enfermo y sus contactos mediante la confección de la Historia Epidemiológica utilizando el Modelo indicado para ello, la que se confeccionará en los primeros 30 días de diagnosticado el caso. Los contactos identificados deberán mantenerse registrados con nombre y dirección y controlados por el tiempo de duración de la vigilancia

INDICACIONES PARA EL ESTUDIO DE LOS CONTACTOS

La identificación y control de los contactos es una actividad de vital importancia para el control de la enfermedad, la que se iniciará con la detección del caso índice, la misma consta de tres etapas:

1. Estudio clínico epidemiológico de cada contacto, que conlleva el interrogatorio y EDN en los primeros 30 días de diagnosticado el caso índice.
2. Quimioprofilaxis con rifampicina, dosis única (600 mg.) y seguimiento clínico anual por cinco años, excepto si tuviera alguna evidencia que lo enmarca dentro de caso sospechoso (en este caso se hará el seguimiento cada 3 meses por dermatología hasta su conclusión).
3. Evaluación y cierre del estudio por el equipo de salud

Contacto intradomiciliario de 1er Orden (ID1). Son los contactos domésticos, que conviven con el enfermo.

Contacto intradomiciliario de 2do Orden (ID2). Los que vivieron con el enfermo un año o más pero en el momento del diagnóstico ya no viven bajo el mismo techo.

Contacto extradomiciliario (ED). Los que sin vivir con el enfermo, se relacionan frecuentemente, contactos sociales, laborales o estudiantiles

Los contactos ID1 e ID2 serán estudiados por el dermatólogo del policlínico, los ED por médico de familia. En ausencia del dermatólogo todos los contactos serán estudiados por el médico de familia

DIAGNÓSTICO

- Clínicos fundamentalmente
- Bacteriológicos
- Histológicos
- Epidemiológicos

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Será necesario tener muy en cuenta que el elemento principal para el diagnóstico de un caso de lepra es la presencia de síntomas y signos clínicos, así como la presencia de bacilos en frotis, por tanto la ausencia de otros elementos positivos no descarta el diagnóstico. Sobre este aspecto es necesario insistir en que en ocasiones la confirmación histopatológica o el antecedente epidemiológico pueden no estar presentes o estar presente pero no coincidir la histología con la forma clínica, en esta última situación se hará la notificación y tratamiento por la clínica.

Definición de un caso de lepra: se define como caso de lepra a la persona que tiene una o más de las características siguientes **y que aún no ha terminado un ciclo completo de tratamiento:**

- ✓ Lesiones cutáneas características, hipopigmentadas, hiperpigmentadas o rojizas, con trastornos de la sensibilidad.
- ✓ Afección de los nervios periféricos, demostrada por un engrosamiento definido con pérdida de sensibilidad y de fuerza en los músculos de las manos, pies y cara.
- ✓ Presencia de bacilos ácido- alcohol resistente en frotis cutáneo o biopsia de piel.

El diagnóstico temprano, realizado en el primer año de la aparición de los síntomas de la enfermedad, reviste la mayor importancia para el control de la lepra, porque cura al enfermo, interrumpe la transmisión y evita las discapacidades.

En las manifestaciones clínicas pueden verse distintas lesiones cutáneas como máculas acrómicas (vitiligoides), hipocrómicas (contrasta el tono más claro con el más pigmentado de la piel normal), eritematosas (tonalidad que varía del color rosa claro al rojo violáceo), eritematohipocrómica (la hipocromía y el eritema se combina en grado variado); cuando sus bordes son poco precisos y no hay infiltración de las mismas son características de la LEPRA INDETERMINADA.

La lesión típica de la LEPRA TUBERCULOIDE es la placa eritematosa de borde urticado bien definido o papuloide, tienden a ser grandes y de distribución asimétrica. Las lesiones de ambas formas clínicas aunque pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, muestran predilección por las mejillas, parte superior de los brazos, muslos y glúteos.

Las lesiones de la LEPRA DIMORFA O BORDELINÉ pueden semejarse a las lesiones de la forma tuberculoide o lepromatosa. Se manifiesta por placas de bordes elevados centro normal, borde interno bien definido y borde externo difuso o por placas infiltradas de superficie lisa, brillante y tinte violáceo, parduzco o sepia. Los lóbulos auriculares tienden a tomar el aspecto infiltrado.

Las lesiones cutáneas de la LEPRA LEPROMATOSA están constituidas por máculas mal delimitadas, brillantes, pequeñas y numerosas e infiltraciones lepromatosas caracterizadas por infiltraciones difusas y nódulos (lepromas) de color rojo violáceo o cobrizo, se localizan preferentemente en la cara como es en la frente, las cejas (alopecia de la cola), pabellones auriculares, mejillas y mentón, dando al rostro una facie característica (leonina)

Lepra Indeterminada



Lepra Tuberculoide



Lepra Dimorfa



Lepra Lepromatosa

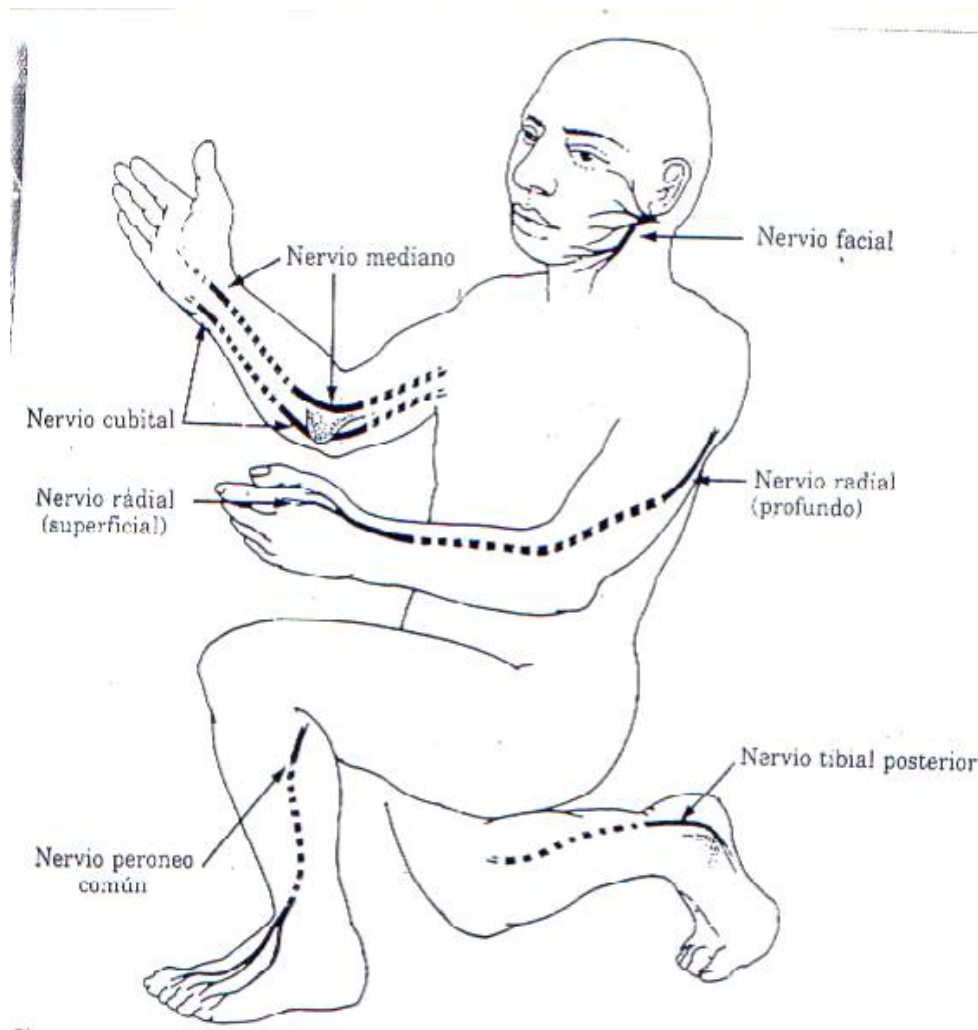


Otras manifestaciones típicas de la enfermedad son las determinadas por el marcado tropismo del *Mycobacterium leprae* por los nervios periféricos. Las lesiones de los nervios terminales cutáneos determinan alteraciones sudorales (anhidrosis) y alteraciones de la sensibilidad superficial térmica, táctil y dolorosa. La primera sensación alterada es la térmica, el enfermo presenta anestesia al frío y calor (puede ser explorada con tubos conteniendo agua fría y caliente), conjuntamente con la térmica se altera la táctil (puede ser explorada con hebras de gasa o algodón) y finalmente desaparece la sensibilidad al dolor (analgesia). Los trastornos anestésicos son más intensos en el centro que en la periferia de las lesiones y son mucho más precoces y manifiestos en la lepra tuberculoide.

Desde el punto de vista diagnóstico una lesión sospechosa encontrada en zona endémica de lepra, si muestra anestesia debe considerarse como leprosa, independientemente del resultado histológico y la presencia o no de bacilos.

Las alteraciones de los gruesos troncos nerviosos determinan disestesias, parestesias, neuralgias que pueden ser muy intensas sobre todo en las fases reaccionales y parálisis motoras

Los nervios más afectados son:



CLASIFICACIÓN DE MADRID

- ❖ Lepra lepromatosa (LL)
- ❖ Lepra dimorfa (LD)
- ❖ Lepra indeterminada (LI)
- ❖ Lepra tuberculoide (LT)

CLASIFICACIÓN BASADA EN EL NÚMERO DE LESIONES

De acuerdo al número de lesiones los pacientes se clasificarán en:

- Enfermos de lepra Paucibacilar de lesión única (una lesión cutánea)
- Enfermos de lepra Paucibacilar (2 a 5 lesiones cutáneas)
- Enfermos de lepra Multibacilar (más de 5 lesiones)

Para la confirmación diagnóstica de un caso de lepra se discutirá en el colectivo formado por:

- Jefe del Servicio Docente de Dermatología del hospital que atiende al municipio o del hospital donde se sospecho el caso.
- Dermatólogo y médico de familia que atiende al enfermo.
- Dermatólogos que integran el servicio de Piel del hospital

Una vez hecho el diagnóstico de lepra el enfermo debe ser evaluado por psicología para determinar el grado de afectación psicológica del mismo.

Los casos con evolución no satisfactoria o en el curso de reacciones de difícil manejo deberán ser remitidos al Centro de Referencia Nacional del hospital Comandante Manuel Fajardo.

Los casos deberán ser notificados tan pronto sean diagnosticados en el modelo 84-01 Enfermedad de Declaración Obligatoria. Notificación de Caso (tarjeta de EDO) en el cual se debe especificar el TIPO de Lepra según clasificación de Madrid (Lepromatosa, Dimorfa, Tuberculoide o Indeterminada) y por la sanitaria PB o MB.

La Encuesta Epidemiológica del caso se debe confeccionar una vez notificado el mismo y enviarse al nivel provincial para captar los datos solicitados

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

La observación del bacilo de Hansen o *Mycobacterium leprae* es el diagnóstico más certero que pueda darse a un paciente de lepra multibacilar.

Los servicios de bacteriología de la lepra se brindan a la población en los Laboratorios de lepra de los Centros de Higiene y Epidemiología y en los laboratorios especializados de los hospitales de cada provincia, en estas unidades las muestras son tomadas y procesadas hasta la lectura de las láminas.

La muestra para realizar el estudio bacteriológico es la linfa tomada de la lesión más reciente, de los codos y las aurículas, también puede ser útil en los casos de estudio, el exudado de la mucosa nasal, la coloración de los microorganismos se realiza por la técnica de Ziehl- Neelsen modificada.

Los resultados de las baciloscopía se expresan mediante el índice bacilosκόpico (IB) y el índice morfológico (IM) como se indica a continuación.

Índice Bacilosκόpico: Dado por una codificación que utiliza la escala logarítmica de Ridley, y va del 0 a 6. Se basa en el promedio de bacilos observados en la lámina, contando los sólidos, los fragmentados y los granulados.

Codificación del Índice Bacteriológico:

IB = 0	No se encuentra ningún bacilo en toda lámina y como mínimo deben observarse 100 campos horizontales y 100 verticales.
IB = 1	Se visualiza un promedio de 1 a 10 bacilos en 100 campos observados.
IB = 2	Se observa un promedio de 1 a 10 bacilos cada 10 campos observados.
IB = 3	El promedio de bacilos es de 1 a 10 bacilos por campo.
IB = 4	Observamos de 10 a 100 bacilos por campo y globis.
IB = 5	Se puede ver de 100 a 1000 bacilos por campo y numerosos globis.
IB = 6	Encontramos más de 1000 bacilos por campo y se observan más globis que bacilos aislados.

Índice morfológico: Aquí los protagonistas son los bacilos vivos que tienen la capacidad de infestar y se les denomina bacilos sólidos o viables, éste índice se obtiene contando el número de bacilos sólidos que se observan respecto al total de 100 bacilos ácido alcohol resistente encontrados. Se calculan observando 100 bacilos aislados y de ellos se cuentan cuantos son viables, por lo que el IM se expresa en porciento (Ej. IM: 7% ó IM: 18%).

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

La biopsia de piel puede ser uno de los elementos que ayuden al diagnóstico de un caso de lepra.

La histopatología de piel juega un papel importante en el diagnóstico diferencial de lesiones, en las formas inusuales de reacciones leprosas, y en la evaluación de respuesta a drogas nuevas. Las limitaciones de la

histopatología radican en la dificultad para clasificar la lesión cuando se impone tratamiento; en niños, porque las lesiones rápidamente pueden transformarse en dermatitis inespecífica y en el sesgo que se produce por la toma de una muestra no representativa de las lesiones del paciente.

Para la toma de la muestra se realizarán cortes elípticos de unos 1,2 cm de longitud y de una profundidad que incluya tejido celular subcutáneo, la selección del lugar, debe de ser determinada por el dermatólogo para que la lesión seleccionada debe ser típica y representativa de la forma clínica que se sospecha, pues la selectividad de la lesión es clave para el diagnóstico. Si hay más de un tipo de lesión es recomendable tomar más de una muestra, la muestra se tomará según la lesión.

- ✓ Si la lesión tiene los bordes eritematosos, la muestra, debe ser de esa zona porque es la más activa.
- ✓ Si la lesión es una mácula indeterminada, biopsiar la parte central,
- ✓ Si es tuberculoide el borde de la lesión, no incluya piel normal.
- ✓ Si la enfermedad está diseminada y una serie de biopsias se van a necesitar, seleccione un área grande de infiltración de manera que las biopsias puedan todas ser tomadas de la misma lesión.
- ✓ Los nódulos no son comparables entre sí, tome más de uno.

La interpretación del corte se basa en la presencia o no de granuloma, en el carácter del granuloma, la posición del granuloma, estructura que se encuentra infiltrada, severidad de toma de nervios y anejos, presencia de edema, estado del colágeno y, número y localización de los bacilos.

Los filetes nerviosos pueden tener proliferación de las células de Schwann, y / o cambios perineurales. Se debe destacar que la ausencia de filetes nerviosos no significa que hayan sido destruidos.

En orden de importancia tenemos: la toma neural, de músculos piloerectores, de epidermis y zona subepidérmica, glándulas sudoríparas, y haces neurovasculares. Cualquiera de estos sitios afectados, en orden de importancia, por: presencia de bacilos, granuloma e infiltrado celular. Por ejemplo, es más probable que una muestra corresponda con lepra si se observan bacilos en los nervios; y es menos probable si se observa infiltrado celular alrededor de haces neurovasculares.

Los grados de evidencias histológicas a favor o en contra de lepra que se sugieren usar son:

- Diagnóstico concluyente de lepra,
- Buena evidencia de lepra,
- Sugestiva con dudas,
- No mucha evidencia,
- Evidencias ligeramente en contra,
- En contra de lepra, a favor de otros diagnósticos.

ELECCION DEL ESQUEMA APROPIADO DE MDT

Paquete bliterizado, contiene medicación de 4 semanas

Posología (Adulto MB)

<u>Dosis mensual: día 1</u>	<u>Dosis diaria: días 2- 28</u>
Rifampicina 600 mg (2 x 300 mg)	Clofazimina 50 mg
Clofazimina 300 mg (3 x 100 mg)	Dapsona 100mg
Dapsona 100mg	
Duración:12 blister	

Posología (Adulto PB)

<u>Dosis mensual: día 1</u>	<u>Dosis diaria: días 2- 28</u>
Rifampicina 600 mg (2 x 300 mg)	Dapsona 100mg
Dapsona 100 mg	
Duración: 6 blister	

Posología (Niño MB de 10- 14 años)

<u>Dosis mensual: día 1</u>	<u>Dosis diaria: días 2- 28</u>
Rifampicina 450 mg (3 x 150 mg)	Clofazimina 50 mg días
Clofazimina 150 mg (3 x 50 mg)	alternos
Dapsona 50 mg	Dapsona 50 mg diario
Duración: 12 blister	

Posología (Niño PB de 10-14 años)

<u>Dosis mensual: día 1</u>	<u>Dosis diaria: días 2- 28</u>
Rifampicina 450 mg (3 x 150 mg)	Dapsona 50 mg diario
Dapsona 50 mg	
Duración: 6 blister	

Posología (Niño MB menores de 10 años)

<u>Dosis mensual: día 1</u>	<u>Dosis diaria: días 2- 28</u>
Rifampicina 300 mg	Clofazimina 50 mg 2 v/ semana
Clofazimina 100 mg (2 x 50 mg)	Dapsona 25 mg
Dapsona 25 mg	
Duración: 12 blister	

Posología (Niño PB menores de 10 años)

<u>Dosis mensual: día 1</u>	<u>Dosis diaria: días 2- 28</u>
Rifampicina 300 mg	Dapsona 25 mg diario
Dapsona 25 mg	
Duración: 6 blister	

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO A LOS CONTACTOS

A todos los contactos de lepra le corresponden una dosis única de 600 mg. Rifampicina.

EN CASO DE INTOLERANCIA A LOS MEDICAMENTOS.

Pacientes que no pueden tomar dapsona

En los Paucibacilares adultos sustituir la dapsona por 300 mg de clofazimina una dosis mensual y 50 mg diario, la rifampicina mantenerla a la dosis habitual. Los niños (10-14 años), clofazimina 150 mg dosis mensual y 50 mg cada dos días, rifampicina igual.

En los enfermos MB continuarán el tratamiento con rifampicina y clofazimina a las dosis habituales.

Pacientes que no aceptan la clofazimina

Puede ser sustituida por ofloxacina 400 mg diarios por 12 meses o minociclina, 100 mg diarios por 12 meses

También se recomienda tratamiento alternativo con 3 drogas:

Rifampicina, 600 mg una vez al mes por 24 dosis

Ofloxacina, 400 mg una vez al mes por 24 meses ,y

Minociclina, 100 mg una vez al mes por 24 meses

Adultos multibacilares que no toleran rifampicina ni dapsona recibirán tratamiento por 24 meses:

Durante 6 meses	clofazimina 50 mg diarios
	Ofloxicina 400 mg diarios
	minociclina 100 mg diarios

continuar 18 meses	clofazimina 50 mg diarios
	ofloxacina 400 mg diarios
	o
	minociclina 100 mg diarios

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

RIFAMPICINA

Son raros y se observan en tratamientos intermitentes

- ✓ “Síndrome gripal” - fiebre, escalofríos, cefalea y osteoalgias que pueden asociarse con disturbios gastrointestinales, dermatitis, hepatitis y púrpura trombocitopénica. Puede ocurrir 1 ó 2 horas después de la administración de la dosis. Enrojecimiento ocular y lagrimeo
- ✓ Púrpura trombocitopénica anemia hemolítica, sangramiento anormal, shock, fallo renal
- ✓ Hepatotóxicos: ictericia, hepatomegalia, alteraciones de la función hepática. Elevación de la TGP
- ✓ Coloración rojiza de la orina, esputo y lágrimas
- ✓ Interacción con anticonceptivos orales

DAPSONA

- ✓ Anemia hemolítica ligera, los casos de hemólisis grave son raros, salvo en pacientes con déficit de glucosa -6 –fosfato deshidrogenasa
- ✓ Agranulocitosis “Síndrome Sulfona”: Cuadro raro acompañado de fiebre, alteración del estado general, hepatomegalia, dolores abdominales, ictericia y adenopatías
- ✓ Dermatitis exfoliativa
- ✓ Erupción fija medicamentosa
- ✓ Manifestaciones Hepáticas con ictericia de tipo colestásica o por alteraciones de la función hepática, alteraciones neuropsíquicas, cefalea, fatiga, psicosis pueden ocurrir raramente. Neuropatía periférica, son raras, surgen con el tratamiento prolongado y con dosis altas

CLOFAZIMINA

Relacionados con la dosis

- ✓ Piel: El colorante se deposita en la piel, dando una coloración rojo oscura Pigmentación pardo-negrucza en las lesiones y en zonas expuestas. Xerosis y erupciones cutáneas inespecíficas
- ✓ Pigmentación de sudor, orina, heces, esputo y lágrimas, así como conjuntivas
- ✓ Síntomas gastrointestinales, dolores epigástricos discretos, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia. Pueden ocurrir cuadros graves que simulan abdomen agudo. Ocurren por el depósito de cristales del medicamento en la mucosa de la pared intestinal.

PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES

La aparición de discapacidades y/o deformidades, por lepra, pueden evitarse, si desde el diagnóstico se informa al enfermo de la posibilidad de que aparezcan y como contribuir a que no se desarrollen, y las que estén ya presentes, realizando ejercicios y prácticas sencillas, evitando así que con el tiempo se hagan graves y permanentes.

Las consecuencias que esta enfermedad provoca alteran la estructura y el funcionamiento de ciertas partes del cuerpo, que dan lugar:

- ✓ **deficiencia primaria.** Las deformidades y/o desfiguración facial, no son más que deficiencias o consecuencias visibles de alguna de estas deficiencias, situada en el interior del cuerpo, atribuibles directamente a la Lepra, por ejemplo: lesión nerviosa, defectos visuales, trastornos de la personalidad.
- ✓ **deficiencias secundarias.** aparecen como consecuencia de las primarias. las úlceras, rigidez articular o contractura de los dedos, acortamiento de los dedos de las manos y de los pies, así como desintegración del esqueleto del pie). estas son debidas a la utilización de manos o pies insensibles sin la debida protección.
- ✓ **discapacidad.** se considera que un enfermo esta discapacitado cuando por las deficiencias primarias o secundarias, no puede realizar con destreza las actividades manuales, como la higiene personal, la movilidad, la comunicación y tiene afectada la psiquis, expresado por un comportamiento inusual.
- ✓ **minusvalía.** es provocada por la persistencia de discapacidades y restringen o imposibilitan el desenvolvimiento social del paciente, y lo lleva al desempleo, la dependencia económica y dependencia física.

TIPOS DE NERVIOS QUE SE AFECTAN.

- En los enfermos de Lepra se afectan 3 tipos de nervios:
- Nervios dérmicos (finas terminaciones nerviosas).
- Nervios cutáneos (son más gruesos y están situados inmediatamente por debajo de la piel).
- Grandes troncos nerviosos (son nervios de gran tamaño y en materia de prevención de incapacidades son los de mayor importancia).

FASES EN QUE SE PUEDE ENCONTRAR EL DAÑO NEURAL

Casi todas las discapacidades se deben a la afectación de los troncos nerviosos por la enfermedad y éstos se pueden encontrar afectados en tres fases, dependiendo de la evolución de la enfermedad en: **afectación, lesión o destrucción.**

- **Fase I: Afectación.** Los nervios se encuentran engrosados, lo que provoca dolor espontáneo y a la palpación, sin embargo no hay indicio de pérdida funcional.

- **Fase II: Lesión.** En esta fase hay lesión del tronco invadido y hay pérdida de sus funciones. Hay pérdida de la sensibilidad o déficit sensitivo o anestesia, y ausencia de la sudoración. Los músculos que dependan del tronco afectado pierden fuerza o quedan paralizados (parálisis motriz). Esta fase se diagnostica cuando hay una parálisis incompleta o completa en el caso de que esta tenga entre 6 y 9 meses de evolución, a pesar de esto es posible el restablecimiento del nervio.
- **Fase III: Destrucción.** Cuando el nervio ha estado paralizado completamente por lo menos durante un año. En esta fase, ni el tratamiento puede restablecer la función del nervio.

DEFICIENCIA DE LA SENSIBILIDAD:

En la primera fase de la lesión nerviosa solamente en una parte de la zona de piel inervada por el nervio no hay sudoración y pierde sensibilidad, además ésta pérdida afecta a ciertas modalidades como dolor y temperatura, es decir, hay una pérdida incompleta de la sensibilidad.

Ocurren sensaciones anormales, como por ejemplo: hipersensibilidad, sensación de quemadura, acorchamiento o sensación de hormigueo. Por último se pierde la capacidad de percibir toda clase de sensaciones, inclusive el tacto y la totalidad de la zona cutánea inervada por el nervio queda completamente insensible (anestesia) **El médico de atención del enfermo debe preocuparse en detectar esta deficiencia en el momento del diagnóstico, por ser la más frecuente y de hecho la que desencadena discapacidades, si no se toman las medidas preventivas.**

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE PADECER DISCAPACIDAD

Las discapacidades y deformidades, no se presenta en todos los enfermos al diagnóstico, por lo que hay que evaluar el grado de riesgo que tienen los pacientes para que éstas se presenten, y clasificarlos para poder intervenir en este proceso, realizando un interrogatorio y examen clínico exhaustivo

Grupo expuesto:

Los enfermos Multibacilar, con numerosos troncos nerviosos engrosados o antecedentes de reacciones, y la enfermas embarazadas.

Grupo poco expuesto:

Los enfermos Paucibacilar con pocas máculas cutáneas diagnosticadas tempranamente.

Grupo en peligro:

Personas que han sufrido ya alguna deficiencia en relación con los ojos, las manos, los pies o neuritis aguda o subaguda. Este grupo necesita una intervención concreta de urgencia.

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

En la Atención integral del enfermo se deberá mantener la vigilancia en relación a la aparición de lesiones potencialmente incapacitantes causado por el compromiso de los nervios periféricos. Esta evaluación conlleva la inspección de los ojos, manos y pies mediante la palpación de troncos nerviosos periféricos, la evaluación de la fuerza muscular y de la sensibilidad de ojos, manos y pies. Con relación a los ojos deberá ser evaluado por el oftalmólogo siempre que el paciente manifieste afectación ocular. La frecuencia de la evaluación debe realizarse:

- Al diagnóstico
- Una vez al mes durante el tratamiento
- Al finalizar el tratamiento
- Una vez al año durante el periodo de observación
- Siempre que el paciente concorra por reacción u otra causa

La evaluación del grado de incapacidades o discapacidades se realizará según la clasificación de la OMS:

EN MANOS Y PIES:

Grado 0: No hay anestesia, ni deformidad, ni lesión visible.

Grado 1: Hay anestesia de manos y /o pies, pero no hay deformidad, ni lesión visible.

Grado 2: Hay deformidad o lesión visible.

Cada mano y cada pie deben examinarse por separado. En este contexto, la "lesión" incluye la úlcera, el acortamiento, la pérdida de la estructura, la rigidez o desaparición total o parcial de la mano o el pie.

EN LOS OJOS:

Grado 0: No hay problemas oculares causados por Lepra, no hay indicios de pérdida visual.

Grado 1: Hay problemas oculares causados por Lepra, pero no está gravemente afectada como resultado de dichos problemas (visión: 6/60 o mejor; puede contar los dedos a seis metros de distancia).

Grado 2: Grave déficit visual (visión peor que 6/60; imposibilidad de contar los dedos a seis metros de distancia).

EDUCACIÓN DEL ENFERMO

Hay que explicarle al enfermo desde el primer momento en que se diagnostica que la lepra puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y disminución de la fuerza muscular, ya que es el primero en darse cuenta de estos síntomas y orientarles de que asistan de inmediato al Médico de Familia, interesarlos y enseñarles como realizar algunas de las técnicas de prevención de discapacidades, y pedirle la colaboración activa tanto al enfermo como a sus familiares.

Prácticas sencillas:

Para las manos

1. Revisar sus manos con frecuencia para detectar tempranamente alguna lesión y si aparece, reposar la manos y de inmediato consulte a su medico de familia.
2. Introducir las manos en agua 5 o 10 minutos. Abrir y cerrar las mano durante 10 minutos varias veces al día (encogiendo y estirando sus dedos)
3. Aplicar aceite o crema, en las manos y friccionalas.
4. Si fuma utilizar boquilla de 8 cm. de largo.
5. Pulir la superficie de las herramientas de trabajo, para evitar traumatismos.
6. Usar guantes largos en la cocina, para evitar quemaduras.
7. Evitar salpicaduras líquidos caliente.
8. Poner mangos de madera a los utensilios de cocina.

Para los pies

1. Revisar sus pies diariamente, con un espejo y presione con los dedos para detectar lesiones, si tiene lesiones repose y consulte a su médico de familia.
2. Introducir los pies en agua durante 5 o 10 minutos.
3. Revisar sus medias y si hay manchas, consulte a su médico de la familia
4. Friccionar los pies con aceite o crema.
5. Revisar bien sus zapatos diariamente en busca de rugosidades
6. Friccionar los pies con aceite o crema
7. Presione con el dedo sobre el pie para detectar lesiones.
8. Caminar con calzado cómodos, a pasos cortos y no permanecer mucho tiempo de pie.

Para los ojos

1. Observar los ojos diariamente, buscando alteraciones, como enrojecimiento, o siente dolor o alguna lesión consulte de inmediato a su médico de familia.
2. Cerrar los ojos fuertemente y contar hasta 5. Repetirlo 10 veces y hacerlo 3 veces por día.
3. Pestañear, varias veces al día.
4. Cubrir los ojos de noche para evitar el polvo y la sequedad, con paños o mosquiteros, siempre que los techos suelten polvo.
5. Usar espejuelos oscuros, sombrillas y sombreros, para protegerse del sol.
6. Si tiene picazón ocular, no se rasque, utilice gotas de suero fisiológico, para humedecer las conjuntivas.

PRINCIPALES GRUPOS DE RIESGO:

- Contactos de casos de Lepra (Vigilancia por 5 años posteriores al diagnóstico del enfermo).
- Población de riesgo (es aquella población donde se diagnostica un caso de lepra). En los CMF donde se diagnostica un caso se mantendrá la vigilancia por 5 años posterior al diagnóstico del enfermo realizándose EDN a la población anualmente)

Caso Sospechoso: La persona que presente lesiones cutáneas o síntomas sugestivos de lesión neural, en la que estén ausentes o dudosos los signos característicos, debe considerarse un caso sospechoso, en ausencia de otro diagnóstico alternativo.

Los casos sospechosos pueden incluirse en una de las siguientes categorías:

- Una o más lesiones cutáneas sugestivas, con sensibilidad normal
- Pérdida extensa de la sensibilidad en manos o pies, sin ningún otro indicio de lepra
- Uno o más troncos nerviosos periféricos muy engrosados, sin pérdida de sensibilidad ni lesión cutánea
- Nervios dolorosos sin ningún otro indicio de lepra
- Úlceras indoloras en manos y/o en pies, sin ningún otro indicio de lepra
- Nódulos en la piel, sin ningún otro indicio
- Caída de la cola de las cejas

EL CONTROL DE LA LEPRO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.***FUNCIÓN DE LOS MÉDICOS DE LA FAMILIA.***

1. Los casos sospechosos de padecer lepra deben remitirlo al dermatólogo del policlínico.
2. Cumplir con el tratamiento multidroga de forma controlada a los casos que se diagnostiquen, el tratamiento para los Pausibacilares (PB) es 6 meses y para los Multibacilares (MB) de 12 meses, así como el tratamiento profiláctico a los contactos.
3. Examinar los contactos extra domiciliarios que viven en la comunidad del CMF y los recibidos de otras comunidades (policlínicos, municipios o provincias) una vez al año durante 5 años a partir de la fecha de diagnóstico el caso índice.
4. Examinar la piel de las personas que asisten a su consulta en busca de lesiones sospechosas de lepra.
5. Mantener estrecha coordinación con el dermatólogo del policlínico, para lograr el diagnóstico precoz de los casos con lesiones sospechosas de lepra, lo que mide la excelencia de su trabajo.

6. Asistir a los cursos sobre lepra programados por el municipio o policlínicos para actualizarse en los aspectos a tener en cuenta para el mejor desempeño en el control de la enfermedad, que se traduce en lograr el diagnóstico temprano de la misma.
7. El médico de la familia debe estrechar fila con la enfermera de familia para lograr el cumplimiento de lo establecido en el programa de control de lepra, como lo hace en otros programas.

EL DERMATÓLOGO EN LA CONSULTA DEL POLICLÍNICO.

1. Garantizar con el vicedirector docente, el adiestramiento, sobre el tema lepra, para todos los médicos y enfermeras de familia, dos veces en el año, para lograr el diagnóstico temprano de la lepra.
2. Garantizar que la enfermera encuestadora registre todos los casos sospechoso de lepra, con nombres y apellidos, dirección, teléfono etc. de forma tal, que pueda ser localizado en caso de inasistencia a las indicaciones que les realicen.
3. Discutir todos los casos sospechosos de lepra en el colectivo de dermatólogos del hospital que le corresponda, y en los sospechosos de padecer lepra que no fueron concluidos como lepra, deben examinarlo cada 3 meses, durante 2 años.
4. Tratar de llegar a la conclusión diagnóstica del caso sospechoso de lepra, al mes de iniciado el estudio, una vez concluido como lepra debe ser presentado en la reunión mensual del GBT.
5. Indicar la MDT y mantener estrecha coordinación con el médico y la enfermera de la familia para que administre el tratamiento MDT controlado.
6. Ofrecer al enfermo la opción de la Dieta médica no. 27 06 mientras esté cumpliendo el tratamiento MDT que incluye, leche y vianda.
7. Una vez concluido la MDT, el paciente pasará a la observación y al concluir ésta, se dará alta definitiva. El tiempo de observación para los casos son:
 - Paucibacilar (PB) es de 3 años
 - Multibacilar (MB) serán 5 años
8. Realizar exámenes de laboratorio antes de iniciar tratamiento y cada 3 meses mientras dure el tratamiento MDT.
 - ❖ hemograma,
 - ❖ eritrosedimentación,
 - ❖ transaminasa pirúvica y oxalacética,
 - ❖ bilirrubina, urea, creatinina, glucemia,
 - ❖ orina
 - ❖ la prueba de déficit de la enzima glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (solo antes de iniciar MDT).
9. Examinar mensualmente los casos de lepra, mientras dure la MDT, incluido la evaluación de las discapacidades., y anotar en la historia clínica, la fecha en que inicia cada blister.

10. Examinar los contactos Intradomiciliarios de 1^{ro} y 2^{do} orden que viven en la comunidad, una vez al año durante 5 años a partir de la fecha de la notificación del caso de lepra, así como los que remiten de otros territorios.
11. El dermatólogo del policlínico debe examinar los contactos, extradomiciliarios independientemente de la ausencia del Médico de Familia
Notificar al Dpto. de Estadísticas de la unidad correspondiente todos los casos diagnosticados de lepra en la tarjeta de EDO y verificar su envío al nivel superior, la notificación se hará en la unidad asistencial donde se llegue al diagnóstico de lepra, por el dermatólogo que atiende el caso.
12. La tarjeta de EDO, se llenará utilizando la clasificación de Madrid, en los casos de lepra lepromatosa o dimorfa se agregaran la letras MB, y en los de lepra tuberculoide e indeterminada las letras PB, aclarando si tienen una sola lesión.
13. El dermatólogo del policlínico debe participar con el epidemiólogo y la enfermera encuestadora del área en la confección del informe del desarrollo del programa de cada trimestre.
14. El informe del policlínico al municipio se enviará, al finalizar el trimestre 1ro de abril, 1ro de julio, 1ro de octubre y 1ro de enero.

LA ENFERMERA ENCUESTADORA DEL POLICLÍNICO

1. Debe registrar en la consulta del dermatólogo todos los casos que se consideren sospechosos de lepra con nombres y apellidos, dirección, teléfono etc. de forma tal, que pueda ser localizado en caso de inasistencia a las indicaciones que les realicen y citarlos cada 2 meses, para evaluar la evolución de las lesiones.
2. Los nombres y direcciones de los casos sospechosos deben entregarlos a la Enf. Enc. Municipal cada semana.
3. Debe mantener el registro nominal de todos los contactos detectados en la Encuesta Epidemiológica, con nombres y apellidos, dirección y número y teléfono del CMF a que corresponden.
4. Debe mantener actualizado el control del examen médico de los contactos de lepra, realizado por el dermatólogo.
5. Los contactos que viven fuera del territorio de residencia del caso de lepra, derivarlos a sus respectivas direcciones por escrito en las boletas, dejando constancia escrita de este control.
6. Debe citar a los casos de lepra y a los contactos a la consulta del dermatólogo, de acuerdo con los lineamientos del programa.
7. Las boletas de los contactos de lepra con el nombre y la dirección en otros municipios deben enviarla a la provincia para que sea enviada a la provincia donde reside actualmente.