

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
1.1.	Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento	2
1.2.	Estado del arte.	3
1.3.	Justificación para la vigilancia.....	4
1.4.	Usos de la vigilancia para el evento.....	5
2.	OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO.....	5
3.	DEFINICIÓN DEL EVENTO.....	5
4.	FUENTES DE LOS DATOS.....	7
4.1.	Definición de la fuente.....	7
4.2.	Periodicidad del reporte.....	7
4.3.	Flujo de información.....	8
4.4.	Responsabilidad por niveles.....	9
5.	RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	10
6.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	11
7.	ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN.....	14
7.1.	Acciones Individuales.....	14
7.2.	Acciones Colectivas.....	17
7.3.	Acciones de Laboratorio.....	18
8.	ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	21
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
10.	CONTROL DE REVISIONES.....	23
11.	ANEXOS.....	23

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento

1.1.1. Caracterización epidemiológica

“En 1991, la 44 asamblea mundial de la salud aprobó la propuesta de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000, lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a un (1) caso por cada 10.000 habitantes. Esta meta no significa la erradicación de la enfermedad, ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el plan estratégico 2000-2005, con el objetivo de consolidar en la región la eliminación de la lepra como un problema de salud pública a nivel nacional, y alcanzarla en aquellos países donde aún no se había llegado a la meta propuesta.

Sin embargo, la OMS consideró urgente y necesario efectuar cambios decisivos en la organización del control de la lepra para lograr la meta de eliminación, reducir la carga de la enfermedad, y sostener los servicios de control de la misma durante muchos años. Para esto, se diseñó la estrategia mundial 2006-2010, la cual fue definida por la OMS como: “la evolución natural del plan estratégico, encaminada a afrontar los desafíos restantes y reducir la carga de morbilidad generada por la lepra”¹; desafíos que no son ajenos a la realidad y situación de la enfermedad en Colombia. Actualmente se ha promulgado la estrategia 2011-2015, que pretende afianzar la lucha contra la enfermedad” (1).

Según los informes oficiales procedentes de 115 países (información obtenida de la OMS), la prevalencia mundial de la lepra registrada a finales de 2012 fue de 189.018 casos, mientras que el número de casos nuevos notificados en el mundo ese mismo año fue de 232.857, en comparación con 226.626 en 2011. Las estadísticas mundiales revelan que 220.810 (95%) de los nuevos casos de lepra se notificaron en 16 países, y que solo el 5% restante procedía del resto del mundo.

Todavía quedan focos de gran endemicidad en algunas zonas de muchos países, mencionando algunos como: Angola, Bangladesh, Brasil, China, Etiopía, Filipinas, India, Indonesia, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Nepal, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Sri Lanka, Sudán y Sudán del Sur. (2)

Situación de lepra en las Américas

“De los 24 países que informaron casos nuevos en 2011, con la excepción de Brasil, todos los países habían alcanzado la meta de eliminación de la lepra a nivel nacional, y 18 de ellos la habían alcanzado a primer nivel administrativo sub-nacional. En 18 países y territorios no se registraron casos de lepra en 2010 y 2011. Desde 2006 se presenta un descenso en el número de casos nuevos de lepra reportados en la Región, pasando de 47.612 en 2006 a 36.494 en 2011 (Brasil reportó el 93,04% de los casos nuevos); asimismo, la prevalencia notificada bajó de 0,72 por 10.000 habitantes en 2006, a 0,39 en 2011” (3).

Comportamiento del evento en Colombia

Colombia alcanzó la meta de eliminación de la enfermedad en 1997. Para los años 2007 y 2008 solo Norte de Santander presentó prevalencias por encima de un caso por 10.000 habitantes. En cuanto a los municipios del país, para el año 2005, 87 aún tenían prevalencias por encima de la meta de eliminación. Menos del 10 % de los casos se diagnostican como lepra indeterminada, la forma de comienzo de la enfermedad. Existen casos típicos con diagnóstico médico no sospechado durante más de 10 años; igualmente, no son raros los casos de lepra infantil. El 30 % de los casos nuevos tiene algún tipo de discapacidad, y el 10 % de ellos presenta discapacidad grado 2. Lo anterior es indicativo de la falta de búsqueda activa de casos y de un diagnóstico temprano, así como un reflejo del desconocimiento de la enfermedad.

En el reporte de la OMS Colombia para el año 2011 registró 718 casos prevalentes, 434 casos nuevos, de los cuales 309 fueron multibacilares, 13 casos nuevos en niños, 41 casos con grado de discapacidad 2 y 58 casos reportados como recidivas.

“En Colombia la lepra ha disminuido considerablemente su incidencia, con una tasa menor a 0,1 por cada 100.000 habitantes desde el año 2008 a la fecha, lo que equivale a menos de 289 casos ocurridos en el año 2010” (4).

1.2. Estado del arte.

1.2.1. Descripción del evento

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) conocido como bacilo de Hansen, que afecta principalmente los nervios periféricos y la piel. Entre los signos y síntomas de la enfermedad se presentan decoloraciones o manchas en la piel, con pérdida de la sensibilidad; esta es de evolución lenta, y de acuerdo a su progresión, puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el polo anterior del globo ocular, los testículos y el riñón, incluso puede llegar a producir graves deformidades e incapacidades si no se recibe tratamiento oportunamente.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	<i>Mycobacterium leprae</i> , conocido como bacilo de Hansen, es intracelular obligatorio, no cultivable y ácido-alcohol resistente. (6)
Modo de transmisión	Se da en forma directa, por inhalación de secreciones del tracto respiratorio superior (nariz y boca), derivada de la convivencia prolongada de una persona susceptible con un enfermo no tratado (6)
Reservorio	Los seres humanos.
Período de incubación	Varía de 9 meses a 10 años; el promedio es probablemente 4 años para la lepra tuberculoide y 8 años para la lepra lepromatosa. (6)
Período de transmisión	Durante el tiempo que dure la enfermedad. El caso deja de ser infectante a los tres meses de tratamiento continuo y regular con dapsona o clofazimina, y a los tres días de tratamiento con rifampicina (5).
Factores de riesgo	Los factores de riesgo asociados con la presencia de un caso nuevo de lepra son desnutrición, hacinamiento y susceptibilidad inmunológica de la persona infectada; la lepra no es hereditaria. Existen otros determinantes como el ambiente físico, social y económico, que incluyen la pobreza y la presencia de pacientes sin tratamiento. (6)
Factores de protección	La vacunación con BCG es eficaz en la protección frente a la lepra hasta en un 70%, siendo más eficaz con pautas de administración repetidas, se ha identificado que la cicatriz BCG en un contacto indicaría que es un individuo de bajo riesgo. Por tal razón, se recomienda su aplicación a convivientes no sospechosos de lepra independientemente de la edad. Al conviviente que presente cicatriz de vacunación BCG previa se le debe aplicar una dosis de BCG; al que NO la presente, se le debe aplicar una dosis de BCG y un refuerzo 6 meses más tarde (6).

1.3. Justificación para la vigilancia

La lepra es una enfermedad que ha enmarcado un concepto social de discriminación y estigmatización a las personas que la padecen. Está influenciada a factores psicológicos y económicos, generando rechazo y olvido a esta población vulnerable. A pesar de su trascendencia a lo largo del tiempo, se ha propuesto metas para alcanzar la eliminación de esta enfermedad. Es de gran importancia en salud pública, comprender la epidemiología de esta enfermedad que permita orientar acciones tendientes a la reducción de la carga de la enfermedad, por lo cual se implementa el plan estratégico mundial, cuya intención es reducir la tasa mundial de los casos nuevos con grado 2 de discapacidad por cada 100.000 habitantes (3).

En esta estrategia las intervenciones se enfocan a la detección de casos nuevos, la calidad de la atención en un entorno de servicios integrados como también el monitoreo y evaluación de los indicadores epidemiológicos, buscando reducir la ocurrencia de nuevos casos y su transmisión en la comunidad.

El sistema de vigilancia en salud pública de lepra consta de un conjunto de acciones que brindan información detallada sobre la tendencia de la transmisión y la dinámica de la enfermedad, esto a su vez se logra a partir de indicadores claves recomendados a nivel internacional, para medir la prevalencia, detección de nuevos casos y grados de discapacidad. Las acciones específicas se basan en componentes clínicos, de laboratorio

e investigación epidemiológica que se llevan a cabo en los diferentes territorios con población a riesgo (1,3).

La lepra en Colombia se encuentra en un proceso de eliminación, siendo la vigilancia en salud publica una de las herramientas fundamentales para la certificación internacional (7).

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Monitorear y analizar el comportamiento epidemiológico de los casos de lepra de acuerdo con los procesos establecidos, que permita generar información útil, oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO

- Establecer la magnitud del evento y caracterizar el comportamiento de la vigilancia de lepra en el país por tiempo, lugar y persona.
- Evaluar la oportunidad en la detección de los casos de lepra en el país, a través del análisis de los indicadores básicos para el evento.

3. DEFINICIÓN DEL EVENTO

Definición de caso:

Personas que presenten algunas de las siguientes manifestaciones clínicas:

Sintomáticos de piel (SP). Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, anestésicas o hipoestésicas, hipopigmentadas o rojizas, bien delimitadas o con bordes difusos, no congénita, diferente a cicatriz; sea o no su motivo de consulta, de larga duración, y que no haya respondido a tratamientos previos.

Sintomático de sistema nervioso periférico (SSNP). Personas con áreas corporales hipo o anestésicas, o con problemas motores distales de las manos, los pies o los párpados.

Toda persona que presente una o más de las siguientes señales: manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas, con o sin disminución de la sudoración, y con o sin alopecia localizada, con alteración de la sensibilidad; áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesias; placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad; lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad; placas eritematosas infiltradas de bordes difusos, con alteración de la sensibilidad; tubérculos y nódulos; pérdida extensa de sensibilidad en las manos o en los pies; uno o más troncos nerviosos periféricos engrosados, con pérdida de la sensibilidad y de la motricidad en su distribución correspondiente, sin lesiones cutáneas; nervios

dolorosos espontáneamente o a la palpación; úlceras indoloras en las manos o en los pies (6).

Engrosamiento de los nervios periféricos.

En varios casos se pueden palpar dentro o en las inmediaciones de las manchas cutáneas, algún cordón nervioso engrosado. También es necesario constatar si no existe engrosamiento en algunos de los troncos principales, y entre los que preferentemente sufren engrosamiento están:

El nervio cubital, inmediatamente por encima de la fosa olecraniana, la rama cutánea del nervio radial, en el borde externo del radio cerca de la articulación de la muñeca, el nervio poplíteo externo, allí donde rodea el cuello del peroné y el nervio tibial posterior, inmediatamente por debajo del maleolo interno.

Así mismos, son elementos de sospecha de la enfermedad, el presentar infiltración de los pabellones auriculares, con la presencia o no de nódulos, a veces aislados, brillantes de superficie lisa, y además alopecia de la cola de las cejas (madarosis); otros síntomas que pueden presentar son el sangramiento nasal espontáneo, luego de descartar otras patologías que pueden causar este síntoma, y la reducción de la producción lagrimal, la cual facilita una dacrocistis; éstas infecciones favorecen el aparecimiento de ulceraciones en la córnea.

Entre las principales alteraciones patológicas de los párpados tenemos el lagofltalmo por lesión de la rama zigomática del nervio facial; resulta la parálisis de los músculos orbiculares de los ojos, el enfermo no puede cerrar los ojos y su mirada parece fija. Los ojos están muy abiertos, no hay parpadeo (8).

Definición operativa del caso

Criterio	Descripción
Confirmado por Clínica	Lesiones cutáneas eritematosas o hipocrómicas confirmadas al examen clínico por presentar alteración de la sensibilidad: térmica, dolorosa y/o táctil. Engrosamiento, dolor espontáneo o a la palpación de uno o varios troncos nerviosos, asociados con signos de afección neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y músculos inervados por ellos.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de bacilos ácido alcohol resistentes en los frotis de moco, linfa o líquido intersticial. Biopsia con infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independientemente de la presencia o no de bacilos.

Recidiva de lepra

Caso sugestivo de recidiva de lepra	Paciente que recibió esquema completo de PQT según la guía de atención, y fue egresado por mejoría o curación clínica y regresa con signos clínicos de lepra activa (presenta nuevas manchas, placas o nódulos cutáneos o una nueva lesión nerviosa) (9)
Caso confirmado por laboratorio	<p>Baciloscopia al momento del egreso con presencia de bacilos enteros. La sola positividad no es suficiente porque algunos enfermos al terminar el año de PQT pueden tener baciloscopia positiva</p> <p>Biopsia de piel con indicio de enfermedad activa evidenciada por la presencia de inflamación intraneural con daño neural o presencia de bacilos en los infiltrados inflamatorios o en los macrófagos; la presencia de macrófagos espumosos sin bacilos o con escasas formas granulosas debe interpretarse como lesión residual y no recidiva (9)</p> <p>Los aspectos clínicos e histopatológicos de las recidivas deben diferenciarse de las reacciones tipo I y II de la lepra según los criterios conocidos.</p>

4. FUENTES DE LOS DATOS

4.1. Definición de la fuente

Vigilancia regular

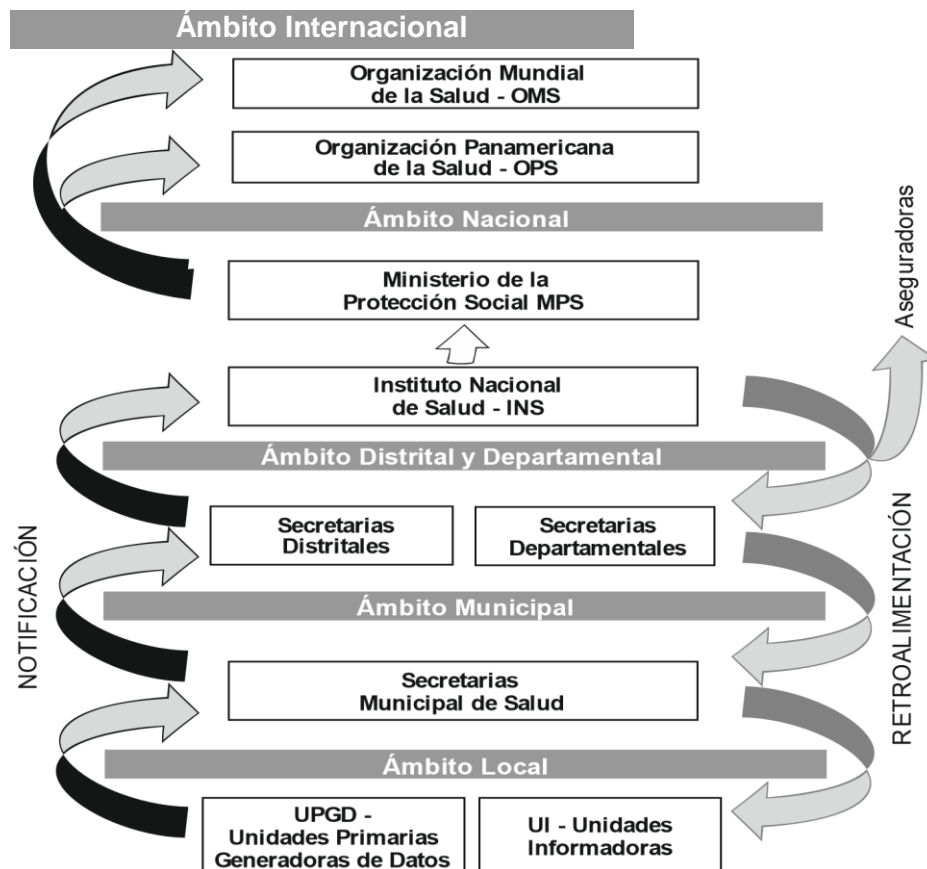
- Notificación individual de casos.
- Búsqueda a partir de fuentes secundarias: Búsqueda activa institucional trimestral de casos, Laboratorio, RIPS.

4.2. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	<p>Al Sivigila sólo se notifican los casos NUEVOS y las RECIDIVAS de lepra confirmadas; la notificación se realiza de manera semanal y obligatoria al responsable de la vigilancia epidemiológica municipal o local (dirección local u hospital local). A su vez, el municipio (dirección local de salud u hospital local) notificará semanalmente al departamento o distrito todos los casos confirmados. Los departamentos o distritos (secretaría departamental o distrital de salud) notificarán semanalmente al INS.</p> <p>La notificación de los casos nuevos o de las recidivas de lepra debe realizarse en la ficha de notificación individual de lepra (datos básicos y complementarios), y debe seguir las características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública Sivigila del INS - MPS.</p>
Ajustes por períodos epidemiológicos	<p>Cada periodo epidemiológico como mínimo, municipios y departamentos a través de las fichas individuales de control de tratamiento o con el responsable del Programa de Control de Lepra en cada uno de los niveles, deberán verificar que los casos reportados al Sivigila coincidan con los informados al Programa de Control de Lepra, asegurando correlación del 100% en los casos reportados por ambas fuentes de información. El municipio y el departamento deberán realizar los ajustes respectivos al Sivigila agregando los casos no notificados al Sivigila e identificados con información del programa.</p>

Notificación	Responsabilidad
Investigaciones de caso	<p>Todo caso sospechoso de lepra se debe someter a examen físico dermatológico, neurológico y oftalmológico, y se debe investigar el antecedente de contacto o convivencia con una persona que haya padecido la enfermedad. A la vez se debe realizar baciloscopia y/o biopsia para la respectiva clasificación.</p> <p>Explorar la sensibilidad de las lesiones dermatológicas y del área inervada por los ocho troncos nerviosos que con más frecuencia son afectados por la lepra (trigémico, facial, auricular posterior, cubital, mediano, radial, ciático poplíteo externo y tibial posterior).</p>

4.3. Flujo de información



El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

4.4. Responsabilidad por niveles

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los casos de lepra y asegurar las intervenciones individuales y colectivas del caso.
- Realizar actividades de detección temprana de casos en la población afiliada como estrategia de control de la transmisión de lepra.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Institución prestadora de servicios de salud

- Garantizar la atención integral del caso de acuerdo a los lineamientos de manejo clínico de lepra (según la normatividad vigente).
- Realizar acciones de detección de casos de manera temprana como estrategia de control de lepra en la población afiliada.
- Diligenciar la ficha de notificación datos básicos y datos complementarios.
- Notificar el caso y remisión de la ficha de notificación a la unidad local de salud.
- Participar en las acciones de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria territorial acorde a las prioridades en salud pública.

Unidad local de salud

- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la secretaría departamental de salud.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo y seguimiento a convivientes de manera oportuna, acorde a los lineamientos nacionales vigentes.
- Realizar en concurrencia con el departamento análisis de la información generada por el Sistema de vigilancia en salud pública para contribuir al control de la enfermedad en su territorio.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

Secretaría departamental de salud

- Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud.
- Concurrir con la unidad local de salud, si se requiere, en la investigación epidemiológica de caso.
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de lepra (nuevos y recaídas) en el formato y estructura establecida en el SIVIGILA.
- Asistencia técnica y capacitación a todos los municipios de su jurisdicción.
- Realizar análisis de la situación de la lepra a nivel departamental y municipal, y difundir los resultados del mismo.

Ministerio de Salud y Protección Social

- Realizar asistencia técnica a los departamentos y distritos.
- Realizar la recolección, consolidación, análisis y difusión de la información de situación epidemiológica de lepra.
- Coordinar las intervenciones de prevención, control e investigación operativa nacionales con el Instituto Nacional de Salud.

Instituto Nacional de Salud

- Coordinar, ejecutar y dirigir la investigación científica en lepra en las áreas de su competencia.
- Coordinar, ejecutar y dirigir proyectos en investigación y desarrollo tecnológico en lepra.
- Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en lepra y vigilancia epidemiológica de este evento, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.

5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

INDICADORES

Nombre del indicador	Proporción de casos de lepra según clasificación de ingreso
Definición	Proporción de casos de lepra de acuerdo a la condición de ingreso
Propósito	Permite evaluar la proporción de casos nuevos y recidivas existentes entre el total de casos de lepra confirmados. Evidencia el comportamiento del evento en un determinado territorio.
Definición operacional	Numerador: Total de casos nuevos / recidivas de Lepra Denominador: Total de casos confirmados notificados de lepra
Fuente de información	Archivos planos Sivigila

Nombre del indicador	Tasa de detección de casos nuevos
Definición	Se define como el número de casos nuevos detectados de lepra que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.
Propósito	Determina la tendencia secular de la enfermedad, y así evalúa la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la misma.
Definición operacional	<i>Numerador:</i> número de casos nuevos de lepra notificados en el período, según residencia. <i>Denominador:</i> población total en Colombia por departamento o municipio por 100.000 habitantes
Fuente de información	Sivigila (Ficha de notificación individual de lepra) Registro de población del DANE

Nombre del indicador	casos nuevos detectados de acuerdo al sexo y la edad
Definición	Se define como el número de casos nuevos detectados de lepra que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.
Propósito	Determinar la situación de lepra de acuerdo a variables de persona y lugar para observar comportamiento de la enfermedad.
Definición operacional	Indicador 1 Numerador: número total de casos nuevos detectados de lepra en hombres / mujeres notificados en el periodo según lugar de residencia. Denominador: población de hombres / mujeres en Colombia, por departamento o municipio. Indicador 2 Numerador: número total de casos nuevos detectados de lepra en menores de 15 años / mayores de 15 años notificados en el periodo según lugar de residencia.

	Denominador: población de menores de 15 años de edad/ mayores de 15 años en Colombia, por departamento o municipio.
Fuente de información	Sivigila DANE
Nombre del indicador	Porcentaje de casos nuevos detectados según clasificación bacteriológica (MB o PB).
Definición	Proporción de casos de lepra nuevos según tipo de clasificación bacteriológica
Propósito	Permite identificar focos activos de transmisión de lepra, que deberán ser priorizados para las acciones de vigilancia y control. Además, permite caracterizar el comportamiento clínico de la lepra en las diferentes entidades territoriales y la oportunidad del diagnóstico.
Definición operacional	Numerador: Total de casos nuevos detectados de lepra con clasificación inicial como paucibacilar / multibacilar Denominador: Total de casos nuevos detectados de lepra
Fuente de información	Sivigila (Ficha de notificación individual de lepra)

Nombre del indicador	Porcentaje de casos nuevos detectados con discapacidad.
Definición	Es la relación de casos nuevos según grado de discapacidad detectados y evaluados en el período
Propósito	Útil para evaluar la eficacia o cumplimiento de las estrategias de detección implementadas en la entidad territorial. Las discapacidades graves (grado 2) por lo general se presentan años después del comienzo clínico de la enfermedad, por lo tanto un predominio de casos con discapacidad grado 1 ó 2 indican detección tardía o manejo inadecuado.
Definición operacional	<i>Numerador:</i> Casos nuevos detectados en el periodo con grado de discapacidad 1 / grado de discapacidad 2 <i>Denominador:</i> Casos nuevos detectados y evaluados en el periodo
Fuente de información	Sivigila.

Nombre del indicador	Porcentaje de casos notificados con lepro reacción.
Definición	Es la relación de casos según el tipo de lepro reacción encontrada durante el diagnóstico y seguimiento del paciente
Propósito	Permite conocer la presencia de estados reaccionales del paciente
Definición operacional	<i>Numerador:</i> Casos nuevos detectados en el periodo que presentaron lepro reacción tipo I / lepro reacción tipo II <i>Denominador:</i> Casos de lepra confirmados y notificados en el Periodo.
Fuente de información	Sivigila (Ficha de notificación individual de lepra)

Nombre del indicador	Porcentaje de casos de lepra con investigación de campo
Definición	Determina del total de casos notificados del evento que proporción tuvo investigación de convivientes
Propósito	Evaluar el cumplimiento en la realización de investigación epidemiológica de campo (seguimiento a convivientes)
Definición operacional	Numerador: Total de casos de lepra con investigación epidemiológica de campo inicial realizada. Denominador: Total de casos confirmados de lepra durante el periodo.
Fuente de información	Registro casos con Investigación epidemiológica de campo efectiva Sivigila

Nombre del indicador	Porcentaje de Convivientes examinados
Definición	Determina la proporción de convivientes del caso índice de lepra que fueron examinados durante el desarrollo de las actividades de campo, y la realización de acciones de vigilancia epidemiológica del evento.
Propósito	Evaluar el seguimiento a convivientes de los pacientes con lepra
Definición operacional	Numerador: Total convivientes examinados para lepra. Denominador: Total de convivientes identificados en la investigación epidemiológica de campo.
Fuente de información	Registro casos Sivigila

Nombre del indicador	Porcentaje de convivientes vacunados con BCG
Propósito	Evaluar el cumplimiento en la realización de actividades colectivas de vigilancia epidemiológica del evento que tienen como finalidad la protección a los convivientes, y el detener la cadena de transmisión de la enfermedad.
Definición operacional	Numerador: Total convivientes vacunados con BCG. Denominador: Total de convivientes identificados en la investigación epidemiológica de campo.
Fuente de información	Sivigila (ficha notificación individual de lepra) e Informes de investigación a convivientes.

7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

7.1. Acciones Individuales

Diagnóstico

El diagnóstico de un caso de Enfermedad de Hansen es esencialmente clínico por medio del examen dermatoneurológico, que tiene como propósito identificar las lesiones (manchas, maculas, pápulas o nódulos) o áreas de la piel con alteración de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil (6).

El diagnóstico ha de establecerse tras una exploración clínica y sólo cuando los signos y síntomas sean claros e inequívocos. Si existe la más mínima duda, debe mantenerse al enfermo en observación hasta que posteriores pruebas confirmen el diagnóstico.

Evaluar disminución de la fuerza:

El paciente adulto usualmente puede referir disminución en la fuerza o debilidad, lo cual se manifiesta en dificultad para agarrar objetos, o hacer algunos movimientos con los dedos de las manos o los pies.

Evaluar la sensibilidad: (6)

A través de la prueba de histamina y pilocarpina se detectan las alteraciones autonómicas. No hay formación de halo eritematoso alrededor del local de contacto de la histamina.

Evaluar la Discapacidad:

El sistema de clasificación de la discapacidad de la OMS en 3 grados (0, 1, 2) se ha utilizado durante varios años y ha demostrado ser una buena base para medir la magnitud del problema y la organización de actividades de rehabilitación, tanto a nivel individual, como comunitario.

Clasificación de la Discapacidad:

Una vez que se ha etiquetado el caso sospechoso, se debe llenar el cómo de alguno de los siguientes agregados, y referirlo al dermatólogo que le corresponda. (6)

GRADO	OJOS	MANOS	PIES
0	Ningún problema con los ojos debido a lepra	Ningún problema con las manos debido a lepra	Ningún problema con los pies debido a lepra
1	Sensibilidad corneana disminuida o ausente	Anestesia	Anestesia
2	Lagofalmo y/o ectropión	Úlceras y lesiones traumáticas	Úlceras atróficas
	Triquiasis	Garra móvil	Garra en ortejos
	Opacidad corneana	Reabsorción osea	Pie caído
	Agudeza visual menor a 0.1 o no contar dedos a 6 m.	Mano caída	Reabsorción osea
		Articulaciones anquilosadas	Contractura



Sintomático de piel (SP): Persona que presenta lesiones cutáneas, con alteración ó pérdida de la sensibilidad, de larga evolución, sin prurito, ni dolor en la mayoría de los casos, que pueden pasar inadvertidas para el paciente. (6)

- Sintomático de sistema nervioso periférico (SSNP): Persona que presenta áreas corporales con disminución ó pérdida de la sensibilidad, engrosamiento de uno ó más troncos nerviosos, dolor espontáneo o a la palpación de uno o más troncos nerviosos, hipotrofias o atrofas musculares, mal posición de uno o varios dedos.

Persona que presente o refiera una o más de las siguientes señales:

1. Manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas con alteración de la sensibilidad, con o sin disminución de la sudoración, y con o sin alopecia localizada;
2. Áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesia;
3. Placas eritematosas infiltradas de bordes difusos con alteración de la sensibilidad; o placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad;
4. Lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad;
5. Úlceras indoloras en las manos o en los pies, nervios dolorosos espontáneamente o a la palpación

Los lineamientos nacionales de manejo clínico y programático de la enfermedad de Hansen contiene elementos normativos de obligatorio cumplimiento (detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y normas administrativas del programa), y por tanto, la realización de todos los procedimientos allí contemplados son responsabilidad de las aseguradoras (EPS, EPS del régimen subsidiado y entidades adaptadas). Dichas actividades se realizarán con cargo a los recursos de POS o de los recursos para prestación de servicios de salud a la población de bajos recursos en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y se encuentran exentos de cuotas moderadoras y copagos. (Acuerdo 30, y para subsidiados nivel I, Ley 1122 de 2007, capítulo IV, artículo 14, literal G).

Confirmado el caso de lepra se deben realizar las siguientes acciones:

- Notificación del caso
- Inscripción del paciente al programa de control y diligenciamiento de la ficha individual de tratamiento (6).

Tratamiento

El esquema de PQT se encuentra definido en la Guía de atención de la lepra y se realiza de acuerdo al tipo o clasificación de la lepra (PB o MB); a nivel nacional se garantizan los medicamentos para el tratamiento de la lepra o de las recidivas (esquema MB); el suministro a municipios e IPS es responsabilidad de la dirección



departamental o secretaría de salud. La IPS suministrará los medicamentos al enfermo en forma mensual.

El tratamiento contempla unas dosis mensuales que deben ser administradas en forma supervisada; a todo paciente de lepra y su familia se les debe brindar educación para la adecuada y completa administración del resto del esquema terapéutico (auto-administrado).

Manejo y prevención de discapacidades

El tratamiento de la lepra es integral, además del tratamiento con medicamentos, debe incluir valoración del grado de discapacidad al momento del diagnóstico, educación al enfermo y su familia para la prevención de discapacidades (algunas ONG apoyan los programas locales con suministro de elementos de protección para la prevención de discapacidades).

Las actividades de educación se deben enfocar en la importancia del control médico periódico, y en el autocuidado para evitar lesiones o discapacidad, autoexamen de ojos, manos y pies para identificar lesiones o signos de alarma, como los siguientes.

- Ojos: enrojecimiento, dolor, fotofobia, sensación de resequead o ardor

Manos: áreas hipoestésicas anestésicas, quemaduras o heridas inadvertidas, posición anómala de los dedos, pérdida de fuerza.

Pies: áreas de hipoestésia o anestesia, ampollas, úlceras, pérdida de fuerza, alteración de la marcha, desgaste inusual del zapato

Informar que ante cualquier signo de alarma se debe consultar oportunamente, e informar sobre las medidas tendientes a evitar el progreso de la discapacidad actual.

- Valoración y soporte por psiquiatra o psicólogo (6).

Información y registro para el seguimiento de pacientes

Todo paciente de lepra debe ser reportado al Programa de Control de Lepra del municipio, así como las acciones de prevención y manejo de discapacidades o cuadros de reacciones; el municipio a su vez debe informar el consolidado al departamento, y éste a la nación con periodicidad trimestral.

Los controles para el seguimiento de la evolución de la enfermedad y la administración de los medicamentos, así como el seguimiento de los pacientes posterior a la terminación exitosa del tratamiento, deberán realizarse con base en los lineamientos de la Guía de atención de la lepra con el fin de identificar recidivas, reacciones lepróticas o progreso de la discapacidad.

7.2. Acciones Colectivas

Investigación epidemiológica de campo

La investigación epidemiológica de campo debe ser realizada por personal entrenado en la búsqueda y evaluación de sintomáticos de piel y SNP, y estará a cargo de la dirección local de salud con recursos del plan de intervenciones colectivas con participación activa de la aseguradora. La dirección local debe disponer de los recursos técnicos y humanos necesarios para realizar la investigación de campo, cuya realización debe ser *en los primeros ocho días después de captado el caso*, así como para su seguimiento con altos estándares de calidad en coordinación con el laboratorio.

Se debe llevar el registro de los contactos convivientes (personas que residen intradomiciliariamente con el caso durante un periodo mínimo de seis meses, incluye a niños menores de seis meses); todos los convivientes deben ser valorados en forma completa incluyendo examen dermatológico, neurológico y oftalmológico para clasificarlos finalmente como sospechosos o no; el registro deberá contener todas las acciones realizadas con el enfermo y sus contactos convivientes.

Los casos sintomáticos o sospechosos identificados durante la investigación epidemiológica de campo deberán ser evaluados, o serán referidos a su entidad prestadora de servicios en salud o a la IPS adscrita, para realizar valoración médica y baciloscopia o biopsia según el caso. Los costos del examen médico inicial, laboratorio y demás requerimientos de estudio del conviviente están a cargo del POS o POS-S de conformidad con el régimen de afiliación, o en caso contrario, con cargo a los recursos para la prestación de servicios de salud a la población de escasos recursos no cubierta con subsidios a la demanda.

Se debe monitorizar a todas las personas registradas y remitidas durante la investigación de campo, por tanto, se debe disponer de mecanismos de seguimiento para aquellos que no acudan al estudio diagnóstico (por ejemplo: llamadas telefónicas o nuevas visitas domiciliarias).

Si se confirma un caso entre los contactos, se deberá notificar al Sivigila y tenerlo en cuenta para el informe del programa, y canalizar para la administración del tratamiento según Guía de Atención vigente.

Si al primer examen no aparecen signos y síntomas clínicos sugestivos de lepra, el conviviente debe recibir orientación sobre el período de incubación, forma de transmisión, signos y síntomas de la lepra, además, instrucciones de consulta cuando haya sospecha.

Se deberá favorecer que la familia y contactos del paciente lo apoyen y se vinculen al tratamiento y cuidado del enfermo para asegurar que reciba el apoyo psicológico necesario, un tratamiento eficaz e integral, la adherencia al tratamiento, la rehabilitación adecuada, y evitar a su vez la discriminación o estigma.

Durante la investigación de campo se deberán identificar factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad entre convivientes y riesgos potenciales para la discapacidad en la vivienda o medio laboral; lo anterior se deberá registrar e informar al responsable del programa de control de lepra para la respectiva intervención y seguimiento.

Toda actividad de atención de salud individual o colectiva es útil para la detección de casos nuevos de lepra. Es importante recordar la existencia de la lepra y sus consecuencias, a través de actividades de educación, información y comunicación.

Vacunación de convivientes con BCG

A todo conviviente que presente cicatriz de vacunación BCG previa, se le debe aplicar una dosis de BCG; en el caso de que el conviviente no tenga cicatriz, se le debe aplicar una dosis y un refuerzo seis meses después (6).

Esta actividad es de obligatorio cumplimiento, y está normada en la Guía de atención de lepra. Es responsabilidad del Plan de Intervenciones Colectivas, y hace parte fundamental de la investigación epidemiológica de campo.

Asesoría, vigilancia y supervisión

Los departamentos y distritos deberán asesorar y supervisar las actividades de control y eliminación de la lepra, desarrolladas por los municipios o localidades y éstos a su vez harán lo mismo con las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud (EPS) y EPS del régimen subsidiado.

7.3. Acciones de Laboratorio

Bacteriología

La baciloscopia se utiliza para la clasificación de todos los casos, y además, de acuerdo a esto, se debe realizar para control de tratamiento. Se define como baciloscopia al examen directo de material extraído de líquido intersticial o piel, que se tiñe por la técnica de Ziehl Neelsen, con el fin de visualizar bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), aprovechando la propiedad de las Micobacterias y por tanto del *M. leprae*, de:

- Formar un complejo entre el colorante básico y los ácidos micólicos presentes en la pared bacteriana.
- Formar un complejo entre el RNA ribosomal micobacteriano y el colorante básico.
- La impermeabilidad de la pared celular bacteriana, que una vez ocurrida la interacción entre el colorante y los ácidos micólicos, se impide la salida de los complejos formados en el citoplasma bacteriano.

Si al examen clínico se tiene como impresión diagnóstica lepra, se debe proceder a la toma de la muestra de líquido intersticial rico en macrófagos, que contienen los bacilos, para realizar la baciloscopia con el fin de clasificar el caso como multibacilar;

si el resultado del examen es positivo (índice bacilar >0) ó paucibacilar, si el resultado es negativo (índice bacilar $=0$). Una baciloscopia con índice bacilar igual a cero (0) no descarta el diagnóstico de lepra, en este caso se debe realizar una biopsia de piel.

La toma de muestra debe ser realizada por personal capacitado, es fundamental tener un sitio amplio, cómodo (tanto para el paciente como para la persona del laboratorio) y adecuadamente iluminado, no se requieren condiciones especiales por parte del paciente. Se deben cumplir los protocolos básicos de bioseguridad como el uso de bata de manga larga, guantes, mascarilla N95 entre otros.

Para obtener una buena muestra es indispensable dejar completamente exangüe (libre de sangre) el sitio donde va a recolectarse el líquido intersticial, esto se logra empleando pinzas tipo Kelly sin garra hemostáticas, si no se dispone de estas pinzas, se pueden usar los dedos índice y pulgar como pinza digital con buenos resultados. Para lograr una mejor isquemia se puede frotar el sitio con la yema de los dedos; frote el sitio utilizando un escobillón seco, siempre en una misma dirección, hasta que la zona este completamente pálida garantizando la ausencia de sangre en la muestra.

En Colombia la baciloscopia se ha realizado a cinco muestras dentro de las cuales se tiene moco y líquido intersticial de lesiones, lóbulos de las orejas, y la lectura se realiza mediante un método semicuantitativo, la forma correcta de hacer el proceso es tomando seis muestras dentro de las que se encuentran lóbulos de las orejas, lesiones y/o codos, en estos casos la lectura se realiza empleando la escala logarítmica de Ridley.

La muestra debe ser coloreada mediante la técnica de Ziehl Neelsen (ZN); la lectura se realiza e informa teniendo en cuenta las muestras recolectadas y la metodología de lectura según corresponda (escala semicuantitativa, escala de Ridley); para los dos casos es necesario calcular el Índice Bacilar, que es el promedio de los bacilos observados por campo microscópico en cada una de las muestras analizadas.

El seguimiento del tratamiento de los casos de Hansen por laboratorio se realiza teniendo en cuenta la clasificación inicial del caso, si fue Paucibacilar se debe realizar una baciloscopia al finalizar el tratamiento que para este caso se esperaría que su índice bacilar siga siendo $=0$. Para los casos Multibacilares se realiza semestralmente durante el tiempo que dure el tratamiento y al finalizar el mismo, con esto se busca hacer seguimiento a la efectividad del tratamiento que se debe ver evidenciada con la reducción del IB entre el momento del diagnóstico y el control; en aquellos casos en que no existe mejoría clínica y el IB prácticamente se mantiene, se debe hacer la lectura del índice morfológico, que es el porcentaje de bacilos sólidos respecto al total de bacilos ácido alcohol resistente encontrados al observar 100 bacilos aislados, este método requiere un amplia experiencia en el personal del laboratorio debido que la metodología implica una revisión detallada de las estructuras bacilares, se debe realizar en laboratorios con experticia certificada y debe ser interpretado por un clínico experto en manejo de casos de Hansen.

Para la vigilancia epidemiológica post tratamiento, se recomienda que los pacientes MB cuenten con un examen de baciloscopia cada año durante cinco años, y cuando se observen nuevas lesiones, este debe siempre ir acompañado de un examen clínico.

Los Programas de Evaluación Externa del Desempeño son realizados a través de la red de laboratorios en cada entidad territorial, a través de los Laboratorios de Salud Pública, están enfocados a evaluar la calidad del proceso de toma de muestras, coloración y lectura para los casos MB como PB para las baciloscopias de clasificación así como las de control de tratamiento.

Patología

La toma de la biopsia de piel debe ser profunda para que contenga tejido celular subcutáneo y filetes nerviosos; la muestra de piel debe ser tomada a partir de biopsia incisional, que mide 10 mm de longitud, 5 mm de ancho y 7 mm de espesor; debe incluir hipodermis y estar fijada en formol tamponado al 10%.

Las láminas histológicas y los bloques de parafina de los tejidos con diagnóstico confirmado de lepra, estados reaccionales, recidivas, así como las muestras sin criterios histológicos de actividad de la enfermedad en población con signos cardinales que la definan clínicamente, realizados en IPS pública o privada, deben ser enviadas al Grupo de Patología del Instituto Nacional de Salud para el desarrollo de actividades de referencia, investigación, vigilancia de la calidad de los resultados, confirmación histológica, control de calidad, como también para el análisis de diagnósticos diferenciales o casos dudosos (decreto 1544 y resolución 4547 de 1998 del Ministerio de Salud); se debe anexar la copia del informe anatomopatológico y ficha individual de inicio del tratamiento integral de lepra, diligenciados los puntos 1 al 16 según corresponda el caso, y remitir a través del laboratorio de salud pública.

Estudio histopatológico: permite diferenciar claramente las diferentes formas de la lepra. Puede ser realizado de muestras de lesión cutánea o de nervio.

Las formas lepromatosas se caracterizan por adelgazamiento de la epidermis, aplanamiento de las crestas papilares, y por la presencia de un infiltrado inflamatorio difuso en la dermis de tipo granulomatoso, con abundantes células vacuoladas cargadas de lípidos y bacilos, llamadas “células espumosas” o “células de Virchow”, y ausencia de linfocitos o en muy escasa cantidad. Este infiltrado se dispone también rodeando los capilares, anexos y nervios de la dermis. Los bacilos son numerosos y con frecuencia se agrupan en paquetes o “globis”.

Las formas tuberculoides se caracterizan por formación de granulomas de células gigantes de Langhans, células epitelioides y rodeados por abundantes linfocitos. Estos granulomas se disponen focalmente en la dermis superficial, media y profunda, rodeando vasos anexos, y fundamentalmente los nervios cutáneos, a los cuales invade y destruye.

La histopatología de la forma indeterminada en la mayoría de los casos es muy inespecífica, presentándose como una dermatitis crónica inespecífica, ya que se caracteriza por la presencia de un ligero infiltrado de células mononucleares (fundamentalmente linfocitos con algunos histiocitos), alrededor de los vasos, anexos y de los nervios. El infiltrado perineural es patognomónico de la lepra.

Según la necesidad y la disponibilidad podrán realizarse otros exámenes:

Prueba de histamina y pilocarpina: se produce debido a la alteración autonómica. No hay formación de halo eritematoso alrededor del local de contacto de la histamina.

Electroneuromiografía: esencial para diagnosticar la neuritis silenciosa y apoyar el diagnóstico de la lepra NP.

Serología: se utiliza para evaluar la presencia de anticuerpos anti fenoglicolípido I, antígeno específico del *M. leprae*. Es útil para diferenciar formas PB de MB

Pruebas moleculares: La técnica de reacción en cadena de polimerasa puede ser utilizada para investigar la presencia de la Hansen en casos de difícil diagnóstico. También es utilizada para investigación de casos de sospecha de resistencia a fármacos por métodos caseros o comerciales, los cuales aunque son poco accesibles, son de ayuda para el clínico cuando la evolución clínica del caso no es favorable.

8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

El componente de información, educación y comunicación (IEC) de los programas es importante para sensibilizar a las comunidades en torno a la notificación voluntaria y la eliminación del estigma y la discriminación social de que son víctimas las personas afectadas por la lepra. Es esencial garantizar que las comunidades locales se apropien de dichas iniciativas, así como asegurar su costo efectividad y sostenibilidad. (10)

Una de las acciones sociales en vigilancia es la estrategia de educación e información ante la sospecha de la enfermedad dirigida a la población a riesgo con el objeto de detectar e intervenir de manera oportuna los casos de lepra.

Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)

Los principales objetivos de la Rehabilitación, basada en la comunidad, son la igualdad de oportunidades y derechos para todos los miembros de una comunidad independientemente de la capacidad funcional de cada individuo. Muchas sociedades tienen una infraestructura que está diseñada para estilos de vida sin discapacidad, que esperan que los individuos con discapacidad se adapten a ella. Los programas más efectivos de rehabilitación, son aquellos que incluyen al gobierno, organizaciones no gubernamentales y el sector privado para la Provisión de múltiples puntos de acceso,

oportunidades más equitativas para usar los servicios, y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad.

Sensibilización de la comunidad y educación

Una falta generalizada de educación en salud, políticas centradas en prestadores de servicios, y la ausencia de una acción centrada en la comunidad, son culpables de la situación injustificada ante los casos de lepra. Sin embargo, la colaboración con grupos de la comunidad, incluyendo aquellos de personas afectadas por la lepra, agencias públicas y organizaciones de profesionales, es esencial para implementar exitosamente actividades y construir programas de resiliencia. (3).

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de lepra 2010-2015
2. Lepra Nota descriptiva N°101 Enero de 2014, centro de prensa OMS
3. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015.
4. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de salud y protección social
5. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá DC. Protocolos de vigilancia de la salud pública: lepra. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud, dirección de salud pública. 2001.
6. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
7. Informe; visita de observación al programa Nacional de Control y vigilancia de Lepra, Colombia (julio 2013). Organización Panamericana de la Salud.
8. Ministerio de salud pública y asistencia social dirección de regulación, programa nacional de prevención y control de la enfermedad de hansen (lepra) república de el salvador, c.a. José Guillermo Maza Brizuela.
9. Altamar OF, Castillo T, Orozco LC, Sarmiento C. Control de la lepra. Normas técnicas y procedimientos. Bogotá: Ayuda alemana para los enfermos de lepra. 1990.
10. Estrategia global mejorada para una mayor reducción de la carga de enfermedad debida a la lepra (Periodo del Plan: 2011-2015) SEA-GLP-2009.3. Oficina Regional para el Sudeste Asiático.

10.CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2011	06	15	Elaboración del protocolo	Helena Patricia Suspes Profesional
01	2014	03	31	Actualización de conceptos, formato	Orlando Castillo Líder Equipo Inmunoprevenibles

REVISO	APROBO
Oscar Eduardo Pacheco	Máncel Enrique Martínez Durán
Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11.ANEXOS

Ficha de notificación, ubíquela en el siguiente link.

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/LEPRA%20F450.pdf>