



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

**BREVE RESUMEN SITUACION DE LEPRO
GUATEMALA 1992-1997**

Guatemala, marzo 1998

La eliminación de la lepra como problema de salud pública significa reducir la prevalencia a menos de un caso por 10,000 habitantes..

CONTENIDO

- 1. RESUMEN DE CONCLUSIONES YR ECOMENDACIONES**
- 2. INFORMACION GENERAL DE GUATEMALA**
- 3. PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRO EN GUATEMALA**
- 4. SITUACION EPIDEMIOLÓGICA**
- 5. PLAN DE ELIMINACIÓN**

1. RESUMEN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1 Conclusiones

- ◆ En términos centroamericanos, la prevalencia de lepra en Guatemala puede ser calificada como de nivel bajo. Las tasas de casos en registro activo están en descenso, para 1997, la tasa registrada fue de 0.06 por 10.000 habitantes.
- ◆ No se pudo calcular la prevalencia real durante el período de estudio. En el archivo encontramos sin desagregación, casos en las siguientes situaciones:
 - Completaron el tratamiento y no recibieron alta por curación.
 - Permanecen en el registro activo por falta de actualización del archivo (casos registrado hace más de 10 años).
 - No completaron tratamiento (abandono).
 - Historias sin hoja de tratamiento.
- ◆ Evidencia de deficiencia en el Sistema de registro y seguimiento de los casos el médico encargado del Programa lleva unos formatos que mantienen fuera de la Sede del Programa. Esto dificulta la evaluación del Programa en la Sede.
- ◆ Existen pequeños conglomerados tradicionalmente endémicos, donde se deben realizar búsqueda activa de casos en contactos intradomiciliarios.
- ◆ Se reconoce que las actividades de búsqueda de casos realizadas hasta ahora no han alcanzado la amplitud y continuidad requeridas para que el programa pueda llegar a obtener diagnóstico precoz de una proporción significativa de los casos.
- ◆ Si se califica el tiempo que un caso se mantuvo sin diagnóstico, y por lo tanto infectante y sin tratamiento, pierde relevancia como medida de control el tratamiento con una droga "bactericida energética", cuya función residiría fundamentalmente en reducción del potencial infectante del reservorio, como consecuencia de una negativización más rápida de los casos sometidos a tratamiento.

1.2 Recomendaciones

- ◆ Implementar los programas de tratamiento supervisado con la participación de los servicios generales de salud, teniendo en consideración los esquemas PQT recomendado por los grupos de estudio de la OMS.
- ◆ Debe disponerse de procedimientos de evaluación simplificados pero eficientes que permitan conocer y supervisar continuamente el grado de progreso alcanzado. Con la implementación del SIAS, existen condiciones inmejorables para elevar sustancialmente el nivel de actividad del programa, e inclusive para aumentar su calidad

complementándolo con medidas destinadas a asegurar la supervisión del tratamiento. El éxito del programa y en consecuencia el impacto epidemiológico que pueda esperarse de él, dependerá fundamentalmente de la efectiva integración del programa a los servicios generales de salud. Para este último efecto es indispensable que las actividades básicas del control sean operacionalizadas adecuadamente, hasta lograr que ellas formen parte de las actividades permanentes que deben realizar los servicios generales de salud.

- ◆ Actualización del registro de casos con finalidad de depurar el mismo y que cada paciente ocupe el status que le corresponda (activo, vigilancia post terapéutica, muerto, etc.)
- ◆ Cada historia clínica debe contemplar una hoja de registro de tratamiento mensual.
- ◆ Establecer un sistema único de información, registro y seguimiento de los casos que permitan una adecuada evaluación epidemiológica y operacional del programa para la toma de decisiones.
- ◆ Mejorar el sistema de vigilancia con la finalidad que el Instituto de Dermatología y las Autoridades Nacionales conozcan oportunamente los casos.

II. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL PAIS

2.1 Ubicación Geográfica

La República de Guatemala está ubicada en la región centroamericana; limita al norte y noreste con México; al este con Honduras, El Salvador, Belice y el Mar Caribe; y al sur con el Océano Pacífico. Su extensión territorial es de 108,889 kilómetros cuadrados. El clima se caracteriza por presentar dos estaciones bien definidas: época lluviosa (invierno), durante los meses de mayo a octubre, con una precipitación pluvial de 1,200 a 2,500 milímetros cúbicos; y época seca (verano) durante los meses de noviembre a abril. La temperatura promedio oscila entre 15 a 25 grados centígrados.

La división político administrativa del país comprende 8 regiones constituídas por 22 departamentos, los cuales a su vez agrupan a 330 municipios y 20,485 centros poblados. El 80% de estos últimos cuentan con menos de 500 habitantes.

2.2 Demografía

El Instituto Nacional de Estadística (INE) estimó con base en el censo de 1994, una población total de 10,243,108 habitantes para 1996, cifra que determina una densidad poblacional de 94.1 habitantes por kilómetro cuadrado.

La distribución por edad muestra que se trata de una población predominantemente joven, ya que el 44.8% es menor de 15 años y solamente el 3.4% supera los 65 años de edad. De acuerdo a esas cifras, la razón de dependencias es de 0.93.

La distribución por sexo indica un leve predominio de hombres 50.5% (5.169,719), respecto de las mujeres 49.4% (5.073,390), lo que implica un índice de masculinidad de 1.02.

Según el X Censo de Población (INE) el 65% de los habitantes residen en el área rural; el 35% en el área urbana; y el 42.8% es indígena.

En relación a población indígena, el promedio nacional de 42.8% con rangos que oscilan entre 2.1 % en el Progreso a 96.9% en Totonicapán. En orden descendente, los cinco departamentos con mayores índices de población indígena son Totonicapán, Sololá, Alta Verapaz, El Quiché y Chimaltenango.

La tasa de crecimiento poblacional estimada (INE) para el quinquenio 1995-2000 es de 2.68% a nivel nacional; con rangos que varían de 4.25% en Alta Verapaz a 1.23% en Escuintla. Por su parte, la tasa global de fecundidad para el quinquenio es de 4.93 hijos por mujer, con rangos de 6.29 para El Petén y 3.45 en el departamento de Guatemala.

La tasa de fecundidad en el área urbana es de 3.8 hijos por mujer y la rural 6.2. Por grupo étnico dicha tasa es menor en el ladino 4.3 que en el indígena 6.8.

La tasa de natalidad para 1995 fue de 44.1X10000 habitantes (PLADES 1996-2000); y la esperanza de vida al nacer fue de 62.6 años para ambos sexos, siendo menor en los hombres (59.8 años) que en las mujeres (65.5 años).

2.3 Condiciones de Vida

El nivel de vida de la población guatemalteca es precario. El informe sobre Desarrollo Humano correspondiente a 1997, ubica al país en la posición 117 dentro del contexto de 175 países.

La pobreza y carencia de servicios están focalizadas principalmente en áreas rurales y predominante indígenas.

Los factores que influyen esta situación son múltiples por lo que resulta imposible describirlos en su totalidad; de tal manera que solamente presentarán algunas variables que permitan estructurar un perfil de la misma.

2.3.1 Educación

En el campo educativo, Guatemala, al igual que lo que ocurre en el sector salud, se encuentra entre los países latinoamericanos que menos porcentaje del PNB asigna a la educación (1.6 en 1996). La participación del Ministerio de Educación Pública MINEDUC

en el Presupuesto del Estado, de dicho año, es de 14%, cuyo monto es insuficiente para cubrir las necesidades históricamente acumuladas (nombramiento de maestros, dotación de insumos mínimos y de edificio escolar, entre otros).

Por su acelerado crecimiento demográfico, es un país joven (los menores de 25 años representan el 64% y los menores de 15 el 44%). Sin embargo, las oportunidades educativas, recreativas y laborales para ellos son muy limitadas intra e intersectorialmente.

Existe una extraordinaria riqueza cultural y lingüística: 24 idiomas (21 de origen maya, castellano, garífuna y xinca). El castellano es el idioma oficial y en el que se imparte la mayor parte de la educación.

En 1995, el índice de analfabetismo a nivel nacional fue de 37.46%; siendo mayor en el área rural 51.80% , que en el área urbana 18.19%.

Es importante resaltar que los índices de analfabetismo son más elevados en las mujeres que en los hombres.

2.3.2 Vivienda

Los datos disponibles indican que del total de viviendas (1.479,390), el 81.8% son consideradas formales; 12.5% son ranchos; 1.8% casas improvisadas y el 3.8% son consideradas de otro tipo.

Con relación a energía eléctrica, el 56.4% de los hogares disponen de ese servicio, situación que varía desde 92.0% en el departamento de Guatemala hasta 15.6% en Alta Verapaz.

Con relación a otros servicios básicos, el 69.7% y 87.0% de los hogares cuentan con abastecimiento de agua y disposición sanitaria de excretas respectivamente.

En relación a desechos sólidos, diariamente se producen cerca de 7,500 toneladas de basura, para las que no existe una disposición final adecuada. La disposición en sitios autorizados, lo cual no implica adecuados, se estima es menos de 5%.

2.3.3 Economía

Según el estudio sobre dimensión, entorno y consecuencias de la pobreza, en 1990, el 80% de las familias guatemaltecas captaron el 38,9% del ingreso total del país; mientras que el 10% de las familias de mayores ingresos captaron el 44%.

Guatemala es un país básicamente agrícola y su economía ha descansado, en buen porcentaje, en esa actividad productiva. Sin embargo, la actividad comercial al por mayor y menor, con respecto a la agricultura, tuvo una importancia similar en 194 y superior en 1996.

2.3.4 Empleo y Salario

En 1996, a nivel nacional, la tasa de desempleo abierto (desocupados casantes y desocupados que buscan trabajo por primera vez) fue el 4.8%; la de desempleo equivalente (sub-empleo traducido a desempleo abierto) fue de 42.7% y el déficit ocupacional total alcanzó cifras del 47.6%.

2.3.5 Vías de comunicación

Esta variable tiene una importancia fundamental, entre otros aspectos, para la comercialización y el acceso a diversos bienes y servicios.

2.3.6 Pobreza

Es una situación desfavorable que ha estado presente en el país desde hace muchos años y que se agudizó especialmente durante la década anterior debido a factores tales como: la crisis económica y disposiciones de ajuste implementadas; el desempleo; la inflación y la pérdida del poder adquisitivo de la moneda.

La tabla siguiente contiene los índices por tipo de pobreza en tres períodos diferentes:

TABLA NO. 1
Guatemala: Hogares según situación de pobreza

<i>Categoría</i>	<i>1980-1981</i>		<i>1986-1997</i>		<i>1989</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Pobreza Extrema	421.8	31.6	789.4	51.9	869.9	54.0
Pobreza no Extrema	424.5	31.8	243.4	16.0	384.4	21.5
Total de Pobres	846.3	63.4	1032.8	67.9	1216.3	75.5
No pobres	488.6	36.6	488.2	32.1	394.7	24.5

Fuente: SEGEPLAN-PNUD. GUA91/023

Las cifras anteriores permiten asumir que la pobreza total se incrementó de 63.4% a 75.5%, principalmente a expensas de una pauperización de la población, ya que la pobreza extrema ascendió de 31.6% a 54.0%

En 1989, las categorías de pobreza y pobreza extrema se manifestaron con mayor intensidad en el área rural (71.9% y 85.7%) que en el área urbana (57.2% y 33.7%).

Con respecto al grupo étnico, la pobreza es considerablemente más elevada en la población indígena; por lo que las regiones donde esta población es mayoritaria la pobreza alcanza valores significativos.

Un factor que ha influido grandemente a esta situación, lo constituye el conflicto armado, que afectó significativamente los departamentos donde se concentra la mayor cantidad de población indígena.

2.4 Biológicos

La población guatemalteca es eminentemente joven, ya que el 45% son menores de 15 años, lo que implica que son dependientes, ya que se encuentran en proceso de crecimiento y desarrollo. A ello se agrega el hecho que las mujeres en edad fértil (15-49 años) constituyen el 22% de la población y tienen una alta tasa global de fecundidad. Por esas características, ambos grupos tienen gran potencial de requerimiento de servicios básicos (salud y educación entre ellos). Adicionalmente, los altos índices de pobreza condicionan un estado crónico de sub-alimentación para la generalidad de la población y consecuentemente para el grupo materno infantil.

Frente a esa situación, existe una red de servicios cuya capacidad operativa y cobertura programática no responde oportuna y adecuadamente a las necesidades de la población.

2.5 Daños a la Salud

2.5.1 Morbilidad

El perfil epidemiológico del país se caracteriza, principalmente, por:

- a. La persistencia de enfermedades transmisibles, entre las que sobresalen las infecciones respiratorias agudas, diarreas, parasitismo intestinal y malaria;
- b. el surgimiento de emergencias por enfermedades epidémicas y recurrentes como el cólera, dengue y SIDA, y
- c. por un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y las ocasionadas por violencia social.

Se observa que la magnitud de las infecciones respiratorias agudas, (IRA), enfermedades diarreicas (EDA), y el parasitismo intestinal es considerable. En general, se refleja entre otros aspectos, las condiciones adversas del medio ambiente y un bajo nivel socio económico en la población. La malnutrición por defecto, es otro problema de magnitud y trascendencia considerable. En 1986 la desnutrición afectaba en promedio al 37.4% de la población escolar de primer ingreso en el país.

2.5.2 Mortalidad

Durante 1994, ocurrieron 654,534 defunciones cuyas principales causas corresponden a las de un país en desarrollo.

Se observa el predominio de enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales; afecciones perinatales y nutricionales; así como causas derivadas de patología social y enfermedades crónico degenerativas.

El perfil de mortalidad anterior refleja la influencia de un bajo nivel socioeconómico; un medio ambiente insalubre; un estado de sub-alimentación y problemas de acceso a los servicios de salud.

2.6 Respuesta Social

La existencia de problemas de diversa naturaleza durante muchos años, con la consecuente acumulación de sus efectos y el agravamiento ocasionado por la crisis socioeconómica e institucional de la década de 1980, agudizaron los índices de precariedad existentes.

Entre esos problemas pueden mencionarse el incremento del desempleo, la inflación, pérdida del poder adquisitivo y bajos salarios, reducción de la inversión real en los sectores sociales, la contracción de la oferta de bienes esenciales y las consecuencias del conflicto armado que estuvo vigente durante muchos años.

III. PROGRAMA DE CONTROL

- ◆ La lepra es una enfermedad que se registra en Guatemala desde hace más de tres siglos y que a partir de 1871 en que se fundó el antiguo Leprocomio en el Valle de la Ermita a 1972, se contaban con 114 casos en registro.
- ◆ De 1973 a la fecha, el gobierno central delega a el Patronato de Acción contra la Lepra (PACOLEP) la responsabilidad de dicho Programa.
- ◆ La Unidad ejecutora de este programa es el Instituto de Dermatología (INDERMA), único en su género en Guatemala por la Junta Directiva del PACOLEP, cuenta con un director del programa, un jefe de la Unidad y dos promotores. Su financiamiento lo obtiene parcialmente del Ministerio de Salud Pública, de ONG's y de recursos generados por la misma institución y de parte de sus afiliados.
- ◆ El INDERMA además del programa de Control de la Lepra, tiene la responsabilidad académica en la formación de profesionales en Dermatología a nivel de Post-Grado, está colaborando con la Fundación Internacional de Dermatología en la creación del Centro Regional de Entrenamiento en Chimaltenango y primordialmente tiene como objetivo

brindar tratamiento especializado a todos los enfermos con problemas de la piel, Enfermedades Venéreas, Lepra, Micosis, Alergias, Oncología Cutánea, Virología, etc.

Las actividades del programa se han incrementado desde mayo de 1991, con la implementación de nuevo esquema propuesto por OPS/OMS.

Para el control de la endemia, el gobierno de Guatemala delegó por el Acuerdo Gubernativo 1973 al Patronato de Acción contra la Lepra el manejo y planificación de las actividades de control.

3.1.1 Recursos

Aporte del Ministerio de Salud	24.7%
Otros aportes	75.3%

IV. SITUACION EPIDEMIOLÓGICA

4.1 Información disponible

Se dispone de información estadística completa del período 1982-1997, pero en el archivo no se puede desagregar por casos nuevos registrados, dados de alta y en tratamiento de años anteriores. En el análisis que sigue, no se contempla en los aspectos relativos a la tendencia de la enfermedad, sólo se refiere a las tasas de detección anual 1992-1997.

Cabe anotar que se observaron algunas inconsistencias en los datos estadísticos estudiados. Sin embargo, estas no son realmente importantes y no afectan el análisis de manera sustancial, ni tampoco en sus conclusiones.

4.2 Incidencia

No se han realizado estudios longitudinales de incidencia que permitan llegar a conclusiones sólidas. En consecuencia en el análisis que sigue, se ha utilizado la tasa de detección anual como un estimador de la incidencia, teniendo presente que en estas cifras se incluyen tanto los casos auténticamente nuevos (del año), como casos más antiguos que correspondían a prevalencia no conocida ("prevalencia oculta o residual").

Con la salvedad señalada, deben interpretarse los datos del cuadro No. 1, de los cuales cabría concluir que la endemia está en descenso en efecto, desde 1992 en adelante las tasas anuales van en descenso.

El cuadro No. 2 muestra los casos detectados por departamentos. Los departamentos que más casos detectaron durante el período 1992-1997 fueron: Escuintla,

El Progreso, Santa Rosa y Chiquimula. El departamento de Zacapa sería el que tendría la menor tasa de detección.

De acuerdo a la relación de los casos con el caso índice, la información es incompleta, si sólo se analizara los que tienen información, el 85% de los casos nuevos fueron contactos intradomiciliarios. Esto nos indica la población expuesta al riesgo y por lo tanto la direccionalidad de la búsqueda activa de casos (Cuadro No. 3).

La obtención de información respecto a la distribución del contingente anual de casos nuevos de acuerdo al año de los primeros síntomas de la enfermedad, se considera de importancia para la interpretación de los datos de incidencia de registro (componente "prevalencia oculta" de la tasa de detección), y en general, de la situación epidemiológica, a pesar de las limitaciones implícitas en un dato de base anamnésica. Por otra parte, si esta información ha sido obtenida con acuciosidad y puede confirmarse con otros datos, como el índice de discapacidad al ingreso, o puede aportar antecedentes de mucho valor para la evaluación operacional del programa de control (oportunidad de la detección). Durante la revisión fue imposible obtener esta información.

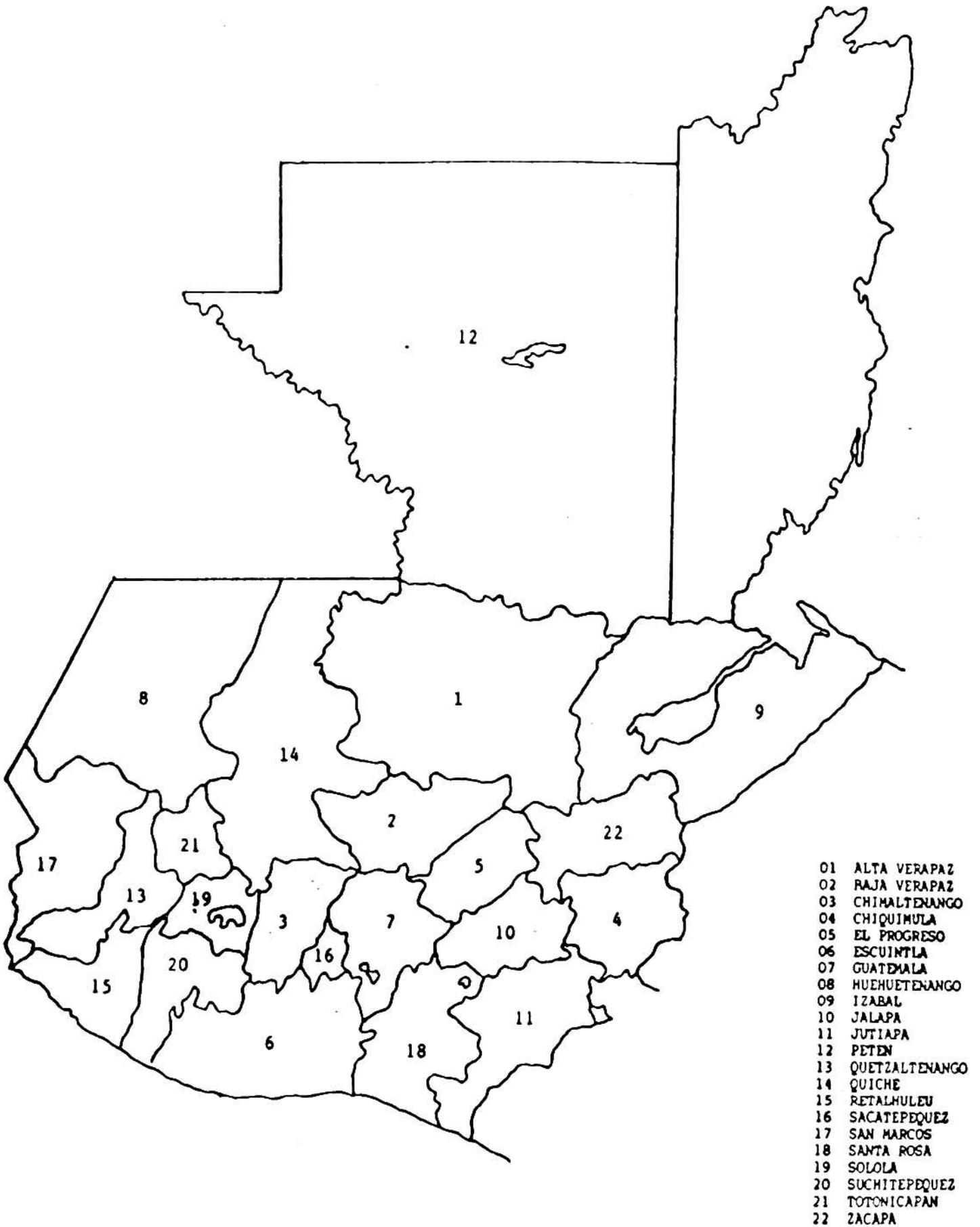
En cuanto a las tasas especificadas por forma clínica, según la tendencia actual, debe esperarse incremento de la incidencia de formas multibacilares. Es importante tener presente la influencia de los métodos de detección (activa/pasiva) y la amplitud y frecuencia de la búsqueda, en las características de la distribución por formas clínicas de la enfermedad.

El análisis de la tendencia, considerando conjuntamente la incidencia global y las modificaciones por formas clínicas y por edades, aporta argumentos para la interpretación de la situación epidemiológica.

De acuerdo a la información analizada, cabría pensar que la tendencia es descendente puesto que hay consistencia entre la tendencia al incremento de las formas multibacilares, el desplazamiento de la edad de comienzo de la enfermedad y una tendencia global de descenso.

En otras palabras, la evolución de la distribución por forma clínica y por edades, apoyaría la hipótesis de "endemia en descenso".

MAPA DE GUATEMALA



Cuadro No. 1

**CASOS DE LEPRO DETECTADOS POR FORMA CLÍNICA Y TASA DE
DETECCIÓN
GUATEMALA 1992-1997**

<i>Año</i>	<i>Forma clínica</i>		<i>TOTAL</i>	<i>TASA DE DETECCION</i>
	<i>MB</i>	<i>PB</i>		
1992	5	2	7	0.007
1993	3	2	5	0.004
1994	1	-	1	0.0009
1995	6	1	7	0.006
1996	-	1	1	0.0009
1997	2	2	4	0.003

Fuente: Instituto Nacional de Dermatología

Cuadro No. 2

**CASOS DE LEPRO DETECTADOS POR DEPARTAMENTOS
GUATEMALA. 1992-1997**

DEPARTAMENTO	AÑOS					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Escuintla	2	3	-	4	-	4
El Progreso	-	-	1	2	-	-
Santa Rosa	3	-	-	-	-	-
Chiquimula	-	2	-	-	1	-
Zacapa	-	-	-	1	-	-
Baja Verapaz	1	-	-	-	-	-
TOTAL	7	5	1	7	1	4

Fuente: Instituto de Dermatología

Cuadro No. 3

CASOS DE LEPRO DETECTADOS SEGUN SU RELACION CON EL CASO INDICE

GUATEMALA 1992-1997

TIPO DE RELACION	AÑOS					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Intradomiciliarios	6	3	1	3	-	4
Extradomiciliarios	-	1	-	2	-	-
Se ignora	1	1	-	2	1	-
TOTAL	7	5	1	7	1	4

Fuente: Instituto Nacional de Dermatología

Cuadro No. 4

ENFERMOS QUE COMPLETARON PQT DESDE EL AÑO DE INICIO DE LA PQT EN EL PAIS POR FORMA CLINICA

GUATEMALA. 1997

	FORMA CLINICA	
	MULTIBACILARES	PAUCIBACILARES
129	60	69

Fuente: Instituto Nacional de Dermatología

Cuadro No. 5

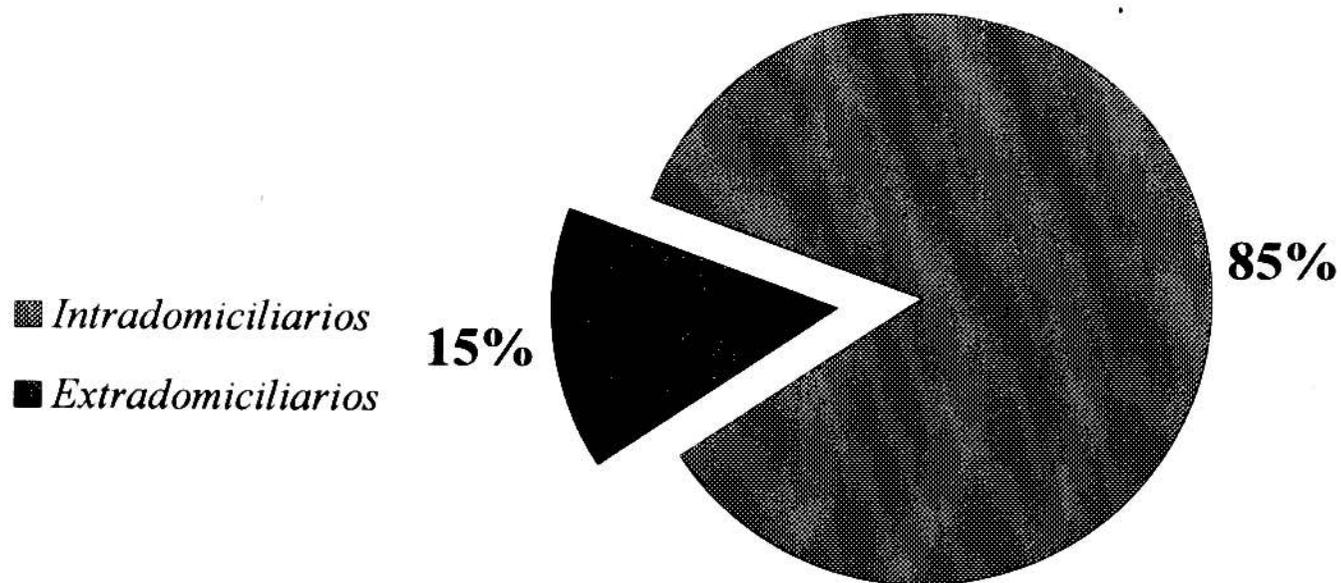
CASOS NUEVOS DE LEPROSIA REGISTRADOS POR FORMA CLINICA Y GRUPO DE EDAD

GUATEMALA 1992-1997

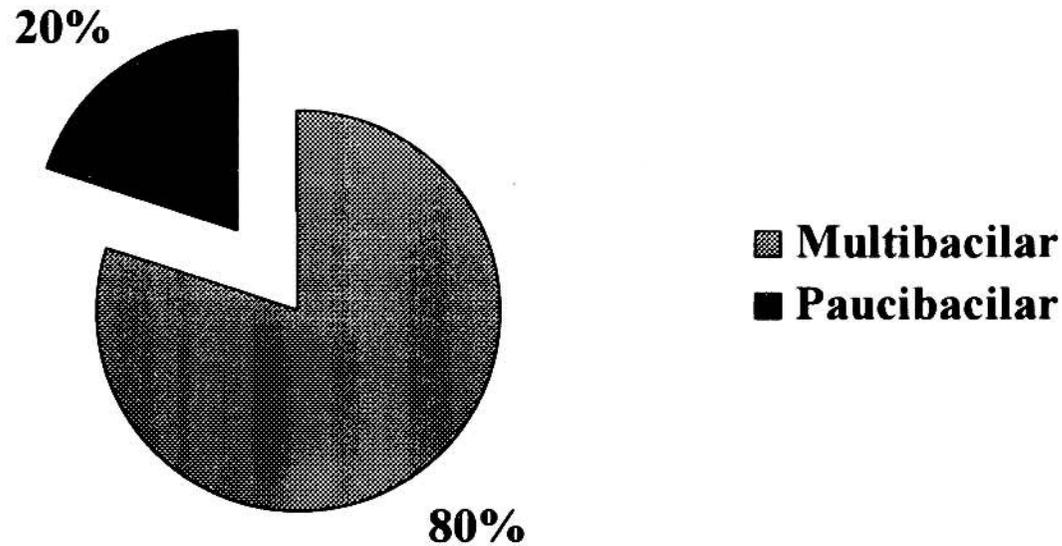
FORMAS CLINICAS	GRUPOS DE EDAD		TOTAL
	MENORES DE 15 AÑOS	15 AÑOS Y MAS	
Multibacilar	1	19	20
Paucibacilar	-	5	5

Fuente: Instituto Nacional de Dermatología

Casos de Lepra detectados según su relación con el
caso Índice
Guatemala 1992-1997



Casos nuevos de lepra registrados por forma clínica y grupo de edad Guatemala 1992-1997



110 2 23

PROGRAMA DE ACCION CONTRA LA LEPRO
TOTAL DE PACIENTES EN CONTROL ACTIVO, SEGUN CLASIFICACION EPIDEMIOLOGICA Y POR LUGAR DE RESIDENCIA

Departamentos	MULTIBACILARES			PAUCIBACILARES			total
	LL	BL	BB	BT	LT	LI	
STA. ROSA	11	3	0	0	2	0	16
ESCUINTLA	10	2	0	2	0	0	14
IZABAL	7	0	2	0	1	0	10
GUATEMALA	3	1	1	1	3	0	9
JUTIAPA	4	1	0	0	0	0	5
PROGRESO	2	0	1	0	1	0	4
ZACAPA	0	2	0	0	2	0	4
PETEN	2	1	0	0	0	0	3
BAJA VERAPAZ	2	0	0	0	0	0	2
HUEHUETENANGO	2	0	0	0	0	0	2
total	43	10	4	3	9	0	69
		57			12		

Durante el año 1997, se diagnosticaron un total de 4 pacientes nuevos.

<i>Originario</i>	<i>Residente</i>	
1. Escuintla	Escuintla	LL sexo masculino
2. Sta. Rosa	Capital	BB sexo femenino
3. Escuintla	Escuintla	BT sexo masculino
4. Escuintla	Escuintla	BT sexo femenino

PROGRAMA DE ACCION CONTRA LA LEPRO
 TOTAL DE PACIENTES EN ARCHIVO ACTIVO SEGUN SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA

	masculinos	femeninos	total
SAN ROSA	10	6	
ESQUINTA	10	4	
PAJAL	9	1	
GUATEMALA	8	1	
CHAJA	4	1	
PROGRESO	3	1	
ZAMPA	1	3	
BELEN	2	1	
BALNEARIA	2	0	
LA ENDELEMANCO	2	0	

PROGRAMA DE ACCION CONTRA LA LEPRO
 TOTAL DE PACIENTES DADOS DE ALTA DURANTE EL AÑO

	A L T A S P O R			TOTAL
	Defunción	Curación	Estadística	
ZACAPA	0	3	0	3
CHIQUIMULA	1	1	0	2
GUATEMALA	0	1	1	2
QUTZALTENANGO	0	1	0	1
ESCUINTLA	0	1	0	1
JUTIAPA	0	1	0	1
STA. ROSA	0	1	0	1
PROGRESO	0	1	0	1
	1	10	1	12

UNIDAD DEL ENFERMO HANSENIANO
 MEMORIAS 1997

PROGRAMA DE ACCION CONTRA LA LEPRO
 TOTAL DE PACIENTES EN ARCHIVO
 SITUACION EPIDEMIOLOGICA GENERAL EN EL AÑO

DEPARTAMENTO	PACIENTES EN ARCHIVO				TOTAL
	REG.	IRREG.	N. C.	PERDIDOS	
Sta. Rosa	11	0	2	3	16
Escuintla	13	0	1	0	14
Izabal	7	0	0	3	10
Guatemala	3	0	0	6	9
Jutiapa	4	0	0	1	5
Progreso	2	0	0	2	4
Zacapa	0	2	0	2	2
Petén	3	0	0	0	3
Baja Verapaz	2	0	0	0	2
Huehuetenango	2	0	0	0	2

PLAN PARA LA ELIMINACION DE LA LEPRO
EN GUATEMALA (1992).

DR. CESAR A. NAVARRO A.
Jefe Unidad del Enfermo Hanseniano

DR. CARLOS N. CORDERO A.
Director Médico
INDERMA

PATRONATO DE ACCION CONTRA LA LEPRO

INTRODUCCION:

Con el correr del tiempo se ha perdido la pista que determine en que momento el ser humano por primera vez inició manifestaciones atribuibles a la lepra, pero se tiene conocimiento de que desde hace siglos esta enfermedad ha causado estragos en la humanidad. Se acepta que al continente americano la trajeron los conquistadores españoles, hace ya 500 años y es así como en Guatemala, recogemos los primeros indicios de la enfermedad en la época colonial. En aquel entonces, la atención que recibían se limitaba al encierro de los mismos, dotándoles solamente de comida y habitación, con el transcurrir del tiempo y ya pasado los años, se iniciaron pruebas terapéuticas con diversas beceras, brebajes y pociones.

Es hasta el año de 1941 en que Faget y cols. demostraron la eficacia de derivados de las sulfonas en el tratamiento de la lepra en el Leprosario Nacional de Carville (USA), con lo que se inicia el verdadero tratamiento de la lepra con un régimen monoterapéutico, lamentablemente con el correr de los años aparece resistencia secundaria y primaria al compuesto comprobada en 1964, posteriormente se fueron incorporando otros medicamentos como son la clofacimina y la rifampicina que usados en forma combinada según la estandarización de protocolos de tratamiento eliminan este riesgo (resistencia bacteriana).

En el año de 1964 se realizó un estudio de inicio en la década de los 60's para todos los pacientes, a medida que se tuvo información de los avances terapéuticos y se contó con los mismos, fue que en el año 1972 el profesor Dr. Fernando Cordero (q.d.p.) inició el tratamiento con esquema multidroga a los pacientes multibacilares, la que se ha mantenido hasta la fecha, quedándose con monoterapia únicamente los pacientes paucibacilares.

El programa actual ha permitido dar tratamiento a todos nuestros pacientes, prevenir y tratar incapacidades en la medida de que lo permiten nuestras posibilidades, así como también dar tratamiento profiláctico con monoterapia a todos los contactos de pacientes multibacilares, los logros son demostrables al apreciar los cuadros estadísticos con respecto a las tasas de prevalencia e incidencia.

• Sabemos que a partir de 1982, la OPS/OMS ha venido promoviendo diversos esquemas de terapia multidroga y estamos al tanto de ellos, esperando con gran interés los resultados para poder adoptarlos en nuestro medio para beneficio de los pacientes. Es así como en mayo de 1991, a los enfermos que tienen posibilidad de acudir a la Institución periódicamente se les inicia tratamiento con multidroga acorde al tipo de enfermedad que padecen.

Finalmente en el mes de mayo de 1992, reunidos todos los representantes de las instituciones que tienen que ver con el control de la lepra a nivel centroamericano, se acuerda rediseñar los programas existentes, crearlos en países en que no existen y acelerar su progreso en quienes lo acaban de iniciar, implementado entre otra serie de medidas la terapia multidroga OPS/OMS, para todos los pacientes.

Es este en resumen la presentación de nuestro programa, con la esperanza de que en un breve plazo logremos erradicar la lepra del territorio guatemalteco.

INFORMACION BASICA DEL PAIS:

Guatemala es el más septentrional de los países del área centroamericana, atravesado por dos ramales de la Sierra Madre, una que ingresa por el Departamento de San Marcos (sistema de la Sierra Madre) y el otro por el Departamento de Huehuetenango (sistema de los Cuchumatanes). La Sierra Madre que atraviesa el territorio de Oeste a Este corre paralela al Pacífico creando la más diversa topografía, desarrollando una altiplanicie central donde asientan las ciudades de Guatemala, Antigua Guatemala, Solola, Sta. Cruz del Quiché y Quetzaltenango.

Sobre su territorio se encuentran 33 volcanes localizados a lo largo de la cadena costera del Pacífico. El sistema orográfico determina la existencia de 2 cuencas hidrográficas, la del Pacífico y la del Atlántico, a lo largo y ancho del territorio hay varios lagos y lagunas de fama internacional por su singular belleza. Por su ubicación tropical y su relieve montañoso, goza de gran variedad de climas, sin extremos de calor o frío. Durante el año hay dos estaciones, la seca o verano de noviembre a abril y la lluviosa o invierno de mayo a octubre.

El idioma oficial del país es el Castellano, su moneda es el Quetzal.

ESTADO ACTUAL DEL PROGRAMA:

Siendo Guatemala un país con pocos enfermos con lepra y tener una prevalencia global de 0.26 x 10,000 habitantes en el año 1991, a nivel mundial esta catalogada como un país de baja endemia, por lo que no es un problema de salud pública, esta responsabilidad se le ha delegado el Ministerio de Salud Pública a el Patronato de Acción Contra la Lepra (PACOLEP) a partir de 1973.

El Patronato de Acción contra la Lepra, está presidido por una Junta Directiva, encargada de administrar el presupuesto conque funciona la Institución no sólo para el manejo administrativo sino que el tratamiento integral del enfermo leproso y familiares, así también a través de su unidad ejecutora el Instituto de Dermatología, el tratar enfermedades de la piel de cualquier índole y enfermedades venereas.

Encabezando la autoridad institucional se encuentra un Director quien a su vez funge como director del Programa de control de la lepra, médico dermatólogo y leprologo cuyas funciones entre otras están las de programar las actividades a desarrollarse, asesorar y dirigir al resto del personal técnico, paramédico, médico así como administrar de la mejor forma los recursos financieros con que contamos.

El jefe de la Unidad, médico dermato-leprologo tiene bajo su cargo entre otros el de entrenar, dirigir y supervisar a los promotores que trabajan a nivel rural, atender a los pacientes con lepra y familiares al acudir a el servicio de Consulta Externa, atender referencias, apoyar en el diagnostico a otros médicos que laboran en la Institución, programar actividades para prevención y tratamiento de incapacidades, corrección de calzado, así como encargado de rendir los informes correspondientes.

Dos promotores de la Campaña a nivel rural, capacitados en la Institución, encargados de visitar cada tres meses a los pacientes en su lugar de domicilio, ya que todos los pacientes están residiendo en sus propias poblaciones. Les proporcionan el tratamiento específico tanto a los pacientes como a los contactos de casos multibacilares, son portavoces del sentir del enfermo hacia el médico Jefe de la Unidad, de las inquietudes, enfermedades asociadas, problemas socio-económicos, etc. los que en la medida de lo posible tratamos de solucionar; el tratamiento médico-integral para el paciente es proporcionado totalmente en forma gratuita.

La Campaña Rural cuenta además con el apoyo logístico y la ayuda del Instituto de Dermatología a nivel hospitalario en donde se atienden los enfermos que son referidos para su internamiento no importando la causa.

Durante este tiempo al paciente se le hacen estudios especializados con fines diagnósticos o bien se le ingresa para tratamiento específico por una reacción leprosa, por procesos infecciosos agudos o para ser sometido a cirugía reparadora según sea el caso.

Para el efecto se cuenta con modernas unidades de laboratorio clínico-biológico y de Dermatopatología, servicio de Farmacia, así como áreas de encamamiento para hombres, mujeres y niños.

Estructurado así nuestro programa es de índole vertical, maneja su propio presupuesto, parte financiado por el estado, otro por Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) y el resto con recursos que la propia institución genera.

Se ha mantenido de acuerdo a los recursos con que contamos, medidas para prevenir incapacidades, como son la capacitación de los promotores en orientar a este tipo de pacientes en las normas básicas a seguir para prevenir cualquier eventualidad que les haga desarrollar secuelas incapacitantes (masajes, lubricación, uso de materiales apropiados, calzado, tratamiento de heridas, etc.) todo a través de la visita domiciliaria. Conforme somos notificados por los pacientes de que padecen algún tipo de alteración a nivel plantar se toman las medidas necesarias con el propósito de corregir el problema lo mejor posible, desde la colocación de plantillas suaves al calzado hasta la fabricación del mismo.

Cada dos meses se programa una plática en diferentes departamentos de la república, donde se abordan temas dermatológicos variados la mayoría de los mismos seleccionados por los médicos locales, entre estos temas se incluye lepra, orientado para los médicos salubristas, paramédicos y médicos particulares.

Desde el año pasado, con auspicio de OPS/OMS se llevó a cabo lo que fué el primer Seminario-Taller en el tratamiento del enfermo leproso, ésta primer experiencia fué planificada para los médicos de la red de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de los departamentos de Zacapa, Izabal y el Progreso, incluía a los jefes de distrito, directores de hospitales regionales, la misma se tiene programada para efectuarla en otras zonas de endemia, bajo el auspicio y patrocinio de OPS/OMS y el personal especializado del Instituto de Dermatología de Guatemala.

Para concluir se detallan los esquemas de tratamiento que se han mantenido hasta la fecha, siendo a continuación los siguientes:

CASOS PAUCIBACILARES:

SULFONA = 100 mgs. p.o. diarios en adultos,
1 - 2 mg./kg. en niños,
por espacio de 2 años.

CASOS MULTIBACILARES:

Dosis inicial:

SULFONA = 100 mgs. p.o. diarios en adultos,
1 - 2 mg./kg. en niños.
CLOFACIMINA = 100 mgs. p.o. diarios,
en niños cada dos días.
RIFAMPICINA = 600 mgs. p.o. diarios.
450 mgs. en niños.

Hasta negativizar las muestras de baciloscopia (más o menos en un periodo de 6 - 7 meses), luego de lo cual se pasa a el siguiente tratamiento completando el año con el siguiente esquema:

SULFONA = igual dosis.
CLOFACIMINA = 100 mgs. p.o. 3 veces por semana.
RIFAMPICINA = 1.2 grs. cada mes,
600 mgs. en niños.

Terminado el mismo se les da mantenimiento, de acuerdo al reconocimiento clínico y de laboratorio. Si no hay indicios de enfermedad activa se continua con el siguiente esquema de sosten:

SULFONA = igual dosis.
CLOFACIMINA = igual dosis.

el que se mantiene de por vida.

CONTACTOS DE CASOS MULTIBACILARES:

SULFONA = 100 mgs. p.o. diarios por 2 años.

En el mes de mayo de 1991, se implantaron los esquemas de terapia multidroga (TMD) recomendados por OPS/OMS, en los pacientes que tenían oportunidad de acudir al hospital a control cada mes, no así con respecto a la Campaña Rural ya que a este nivel la visita es trimestral y entre las pautas a seguir se determina dar ciertos medicamentos bajo supervisión adecuada cada mes en forma categórica.

estamos en la mejor voluntad de integrarnos a los programas de salud en Guatemala, sabemos que si queremos a corto o mediano plazo erradicar la lepra en Guatemala, debemos aunar esfuerzos para hacerlo, sin embargo la transformación de nuestros sistemas locales de salud hacia un campo más amplio en el que logremos integrarnos es un proceso complejo y relativamente lento, por lo que el programa de control con que contamos tiene un mejor desempeño operativo y en la actualidad es el que mejor expectativa ofrece.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA Y PROYECCIONES

Guatemala actualmente, es un país con una tasa de prevalencia a nivel nacional del $0.26 \times 10,000$ hbs. y una incidencia cada vez más decreciente del $0.03 \times 100,000$ hbs. (esta última calcula a así por ser un país de baja endemia).

A nivel nacional tenemos 254 pacientes en control distribuidos por departamento en el que residen, siendo de mayor a menor según el índice de prevalencia los siguientes:

DEPARTAMENTO	# PACES.	PREV.
1. Zacapa	28	1.7
2. Sta. Rosa	35	1.3
3. Progreso	13	1.2
4. Izabal	26	0.7
5. Jutiapa	21	0.6
6. Escuintla	25	0.5
7. Chiquimula	11	0.4
8. Guatemala	64	0.3
9. Peten	7	0.3
10. Baja Verapaz	4	0.2
11. Petalhuleu	3	0.1
12. Jalapa	2	0.1
13. Chimaltenango	3	0.08
14. Huehuetenango	6	0.08
15. Quetzaltenango	2	0.04
16. San Marcos	2	0.03
17. Belice	2	?
Total	254	0.26

Los departamentos del oriente y sur oriente del país son los que mayor número de casos registran y corresponden a áreas con un clima seco y caluroso la mayor parte del año.

A continuación encontrará la distribución de los casos según la forma clínica que padecen:

DEPARTAMENTO	MB	PB
1. Zacapa	6	22
2. Sta. Rosa	20	15
3. Progreso	6	7
4. Izabal	12	14
5. Jutiapa	10	11
6. Escuintla	16	9
7. Chiquimula	6	5
8. Guatemala	35	29
9. Peten	3	4
10. Baja Verapaz	4	-
11. Retalhuleu	1	2
12. Jalapa	-	2
13. San Mateo C. A.	3	0
14. Huehuetenango	3	3
15. Quetzaltenango	2	-
16. San Marcos	2	-
17. Belice	1	1
Total	130	124

En la mayoría de los departamentos hay un ligero incremento de formas multibacilares (MB) sobre las paucibacilares (PB), excepto en el departamento de Zacapa en donde los PB son la mayoría, en los departamentos de Izabal, Jutiapa y Progreso los PB sobrepasan escasamente a los MB.

Actualmente la población de pacientes menores de 15 años es la siguiente:

SEXO	LI	LT	BT	TOTAL
FEMENINO	2	1	-	3
MASCULINO	-	2	1	3
TOTAL	2	3	1	6

TABLA CON TASAS DE INCIDENCIA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

DEPARTAMENTO	1987	1988	1989	1990	1991
Guatemala	0.1	0	0	0	0
Zacapa	2	4.6	0	0	0
Jutiapa	0.3	0.3	0	0	0.3
Escuintla	0.2	0.7	0	0	0.5
Chiquimula	0.4	0.3	0	0	0
Huehuetenango	0.2	0	0	0	0
Progreso	0	2.9	1.9	0	0
Izabal	0	0	0.3	0.4	0
Quetzaltenango	0	0	0	0.2	0

Las áreas con mayor endemia en Guatemala se demarcan muy fácilmente, siendo el oriente y sur oriente, las que tienen una mayor prevalencia e incidencia, fenómeno ya establecido en años anteriores. En el año de 1988 se efectuó una visita profesional a las áreas con mayor endemia del sector oriental detectándose varios casos, la mayoría paucibacilares con lo que en los últimos dos años ya no se han registrado casos nuevos, no así en los departamentos en los que no se efectuó esta estrategia, como son Izabal, Jutiapa, Sta. Rosa, Escuintla que siguen reportando nuevos casos cada año.

Será necesario corroborar la situación epidemiológica en estas áreas para poder medir más efectivamente las tasas de incidencia y por ende las de prevalencia, así como para poder implementar programas más específicos de tratamiento.

Desde hace tres años se han diagnosticado sólo casos multibaciles, contrario a lo detectado hace 5 años en los que se diagnosticaba más a los casos paucibacilares, hecho que resalta la necesidad de hacer censos y rastreos epidemiológicos en las áreas de mayor endemia lo más pronto posible.

En el programa a realizar anualmente se proyecta efectuar estas actividades en las áreas de mayor endemia, implementado la búsqueda activa y pasiva de casos, pero por carecer de los recursos necesarios no se logrado ejecutar.

PROYECCIONES:

A. Contacto con la población más directa fomentando la búsqueda de casos tanto activa como pasivamente, principalmente en áreas de mayor prevalencia, proyectando en un futuro temprano cubrir las áreas restantes con el fin de verificar la verdadera situación epidemiológica del país.

Busqueda activa:

- Censos y/o rastreos epidemiológicos con prioridad en áreas que mantienen índices de prevalencia más elevados.

- Conforme los recursos lo permitan cubrir las áreas con menor endemia para verificar la misma.

- Continuar con el examen periódico de los contactos tanto intra como extradomiciliares de los enfermos.

Busqueda pasiva:

- Continuar con la búsqueda de casos a nivel de Consulta Externa del Instituto de Dermatología en la población que consulta en forma espontánea así como los pacientes referidos como "sospechosos" por médicos, paramédicos o por los promotores a nivel rural.

- Continuar con las Jornadas Dermatológicas Médico Departamentales en toda la República, a personal médico y paramédico de las diferentes regiones del país promoviendo el diagnóstico precoz de la enfermedad.

B. Brindar tratamiento al 100% de los pacientes con régimen de Terapia Multi Droga (TMD).

C. Eliminar la incidencia de Lepra en Guatemala.

D. Disminuir la población expuesta a padecer secuelas atrofico-mutilantes al efectuar un diagnóstico cada vez más precoz.

E. Curar al 100% de la población que sufre algún grado de incapacidad y reincorporarlos a la sociedad.

F. Con la confianza de alcanzar todas las metas propuestas, destruir el estigma social de la enfermedad en nuestra sociedad.

PRIORIDADES:

- Adoptar como régimen terapéutico oficial la TMD propuesta por la OPS/OMS y brindársela a todos los pacientes enfermos de lepra de acuerdo a su clasificación clínica.

- Fomentar la lucha antileprosa en el tiempo mínimo necesario, implantando la misma con recursos técnicos y financieros patrocinados por ONG's a través de OPS/OMS, coordinando los mismos en forma óptima para ser utilizados de la mejor manera.

- Mantener una actitud abierta y de cooperación con autoridades de la Dirección General de Servicios de Salud, insistiendo en la necesidad de una integración de todos los sectores para el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles incluyendo la lepra, como un mecanismo efectivo para la erradicación de esta última y de otras en un futuro no muy lejano.

- Brindar recursos para la rehabilitación social y económica a todos los pacientes que sufren algún tipo de incapacidad adaptándolos a cada caso en particular.

ESTRATEGIAS:

El Instituto de Dermatología continuará siendo el centro especializado a nivel central en donde los pacientes que lo necesiten recibirán una atención médica completa e integral. En caso de ser necesario el paciente será derivado a centros especializados para una mejor evaluación y seguimiento siempre con la supervisión y tutela de la Institución como Organismo responsable del mismo.

Se continuará con la programación de las visitas domiciliarias a cada uno de los pacientes cada mes, tanto para la distribución de los medicamentos como para la promoción de otro tipo de actividades en lo que respecta a la enfermedad.

Se continuará con el programa de educación sanitaria tanto a nivel urbano como rural con el objetivo primordial de minimizar en todo lo posible el estigma social que sufren los pacientes.

La Institución se compromete a mantener en bodega la cantidad de medicamentos necesarios con antelación mínima de 3 meses y de garantizar su distribución en forma regular y oportuna.

1. DETECCION PRECOZ DE CASOS

OBJETIVOS:

A. Investigar nuevos focos endémicos y que no ha sido posible detectar por no contar con los recursos necesarios.

A.1 Contacto directo con áreas poco accesibles contando con los recursos necesarios (vehículos adecuados, personal médico y paramédico de la institución) para hacer un diagnóstico correcto de todos los casos.

A.2 Las actividades se desarrollaran durante los fines de semana para encontrar a la familia reunida.

A.3 Se aprovechara la estación de verano para tener un mejor acceso a la población así como para disminuir el riesgo de migración temporal hacia áreas que son fuentes de recurso económico.

B. Detener la transmisión de la enfermedad en la comunidad y evitar que se continuen contagiando otros miembros de la misma al efectuar un diagnóstico más oportuno.

B.1 Reactualización de conceptos teórico-prácticos en el diagnóstico precoz de la enfermedad a todo el personal médico y paramédico de la Institución.

B.2 Capacitación a el personal en salud local en el reconocimiento de los primeros signos y síntomas de la enfermedad y brindar los mecanismos necesarios para su referencia hacia la institución.

B.3 Se editará un manual práctico con el objeto de orientar a el personal, en el conocimiento de los esquemas de tratamiento, detección precoz de la enfermedad, técnicas sencillas para la prevención y tratamiento de incapacidades.

B.4 Charlas domiciliarias en áreas de endemia a la familia y a personalidades del lugar (alcalde, maestros de escuela, etc.) con el fin de promover la autnotificación de casos.

B.5 Al incrementarse la búsqueda de casos nuevos a todo nivel, se espera que se eleve la incidencia, por lo que se garantiza contar con la cantidad necesaria de medicamentos así como de otros recursos de apoyo necesarios como son el de laboratorio clínico, histopatología, etc.

C. Mantener vigilancia a los contactos de los pacientes con lepra.

C.1 Vigilancia de los contactos de casos multibacilares (MB) por un periodo de 5 años y de los paucibacilares (PB) por 2 años, con control mínimo una vez por año.

2. TRATAMIENTO CON TERAPIA MULTI DROGA A TODOS LOS PACIENTES

A. Tratamiento de todos los pacientes en control activo según los esquemas siguientes ya adoptados por la institución.

CASOS PAUCIBACILARES (PB) LI-LT-BT

Según Ridley y Joplin con descarga bacilar menor de 2.

SULFONA = 100 mgs. p.o. diarios en adultos.
1 - 2 mgs./kg. en niños **autoadministrado.**

RIFAMPICINA = 600 mgs. p.o. una vez por mes en adultos.
450 mgs. en menores de 35 kgs.
supervisado.

Por el periodo de 6 meses.

CASOS MULTIBACILARES (MB) LL-BB-BL

SULFONA = 100 mgs. p.o. diarios en adultos.
1 - 2 mgs./kg. en niños.

CLOFAZIMINA = 50 mgs. p.o. diarios **autoadministrado.**

Además cada mes se les suministrara:

CLOFACIMINA = 300 mgs. p.o. más

RIFAMPICINA = 600 mgs. p.o. **supervisado.**

Por el periodo mínimo de 2 años o más, hasta obtener frotis negativos.

A.1 Limpieza del archivo actual del paciente con lepra.

A.2 Se re-evaluaran a todos los pacientes que se han mantenido hasta el momento de dar marcha a este plan en tratamiento con nuestros esquemas. Los que no manifiesten evidencia clínica de la enfermedad se les dara de alta por curación.

A todos los pacientes con indicios de enfermedad activa o que no cumplieron a fidelidad el esquema prescrito, se les reiniciara el esquema que les corresponde dependiendo de su clasificación clínica.

A.3 Todos los casos nuevos serán evaluados, diagnosticados y clasificados por un médico leprologo y recibirán tratamiento con TMD acorde a su clasificación clínica, el cual será proporcionado por la Institución, en forma gratuita y mensualmente.

A.4 Para un mejor control operacional, aparte de la clasificación clínica actual de Ridley y Joplin, se utilizarán los terminos: paucibacilar (PB) que incluyen las formas clínicas LI, LT, BT, y el de multibacilar (MB) para las formas clínicas LL, BB, BL.

A.5 Se establece como regla importante el recordar al paciente que debe mantener el tratamiento por el tiempo establecido y en forma regular, al momento de:

- . Hacer el diagnóstico.
- . Al recibir el tratamiento cada mes.

En el caso de que algún paciente no reciba su tratamiento mensual por cualquier motivo, se le aplicara lo más rapidamente posible, utilizando los medicamentos que estén al alcance para evitar la deserción y abandono del mismo. En caso de abandono temporal se le reiniciara en el punto donde lo suspendió.

A.6 Los pacientes que finalizen los esquemas de tratamiento pasaran a un periodo de vigilancia con el objeto de:

- * Detección precoz de recidivas.
- * Reconocimiento de estados reaccionales post-tratamiento.

Duración y frecuencia de la vigilancia post-tratamiento.

PAUCIBACILARES: Evaluación clínica cada año por un mínimo de 2 años.

MULTIBACILARES: Evaluación clínica y bacteriológica una vez al año por un tiempo mínimo de 5 años.

A.7 Los contactos de los pacientes con lepra solo serán vigilados periódicamente sin recibir quimioprofilaxis

B. Motivar a los promotores en el reconocimiento de que los esquemas de TMD recomendados son efectivos.

E.1 Re-actualización del personal médico y de apoyo que intervenga en el programa a través de un curso de capacitación sobre el conocimiento básico de las combinaciones medicamentosas, administración del tratamiento, efectos secundarios, reconocimiento y tratamiento de las reacciones leprosas.

B.2 Los promotores deben de estar en capacidad de trasladar el conocimiento adquirido a la comunidad, a la familia del paciente y al paciente mismo, sobre la importancia de **mantener** la regularidad del esquema, de que se va a curar y luego de que estará en una etapa de observación.

C. Mantener el más alto nivel posible de cobertura de la TMD, con el fin de que los pacientes cumplan el esquema completamente.

C.1 La Institución se compromete a mantener los medicamentos con anterioridad en bodega, antes de que el programa se ponga en marcha y por el tiempo que dure el mismo.

C.2 Los promotores visitaran a los pacientes cada mes para ofrecerle el tratamiento necesario y verificar la ingesta de los medicamentos que deban ser ingeridos bajo supervisión calificada.

C.3 Se crearan sistemas de información para facilitar el monitoreo y evaluación de la evolución del programa, tanto a nivel individual, como departamental y nacional para lo cual se diseñaran hojas de control individual, departamental y nacional.

REDUCCION DEL IMPACTO DE LA LEPROSA SOBRE EL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.

A. Todos los pacientes serán tratados conjuntamente con el resto de la población enferma de la piel.

B. La comunidad debe recibir plan educacional sobre la enfermedad para promover el autodiagnóstico, borrar el estigma social y por ende evitar el rechazo social del paciente a todo nivel (familiar, comunidad, etc.).

B.1 **Insistir** en cada charla en que en la lepra se deben de considerar 3 verdades absolutas:

- La lepra se cura.

- No necesariamente produce deformidades o incapacidades.

- El enfermo con tratamiento adecuado no es un riesgo para su familia o a para la comunidad de contagio.

- U. Motivar a los promotores en la eficacia de la FMO y fomentar el seguimiento eficaz del mismo en forma regular con el fin de evitar el desarrollo de incapacidades.
- U.1 Cursos de readiestramiento y motivación con el fin de trasladar los conceptos a el paciente, la familia y a la comunidad.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE INCAPACIDADES

A. Prevenir el desarrollo de incapacidades en los pacientes recién diagnosticados.

A.1 Mantener la educación del paciente en cuanto a cuidados especiales que debe de tener a través de pláticas domiciliarias o a nivel institucional cuando la situación lo permita.

A.2 Examen periódico del paciente con el fin de detectar cualquier indicio de inicio de incapacidad.

A.3 Dar el tratamiento más adecuado acorde a los hallazgos encontrados al momento de evaluar al paciente.

B. Todos los pacientes serán clasificados de acuerdo a la clasificación recomendada por OPS/OMS en la forma siguiente:

B.1 Manos y pies:

Grado 0: no hay anestesia, ni deformidad o lesión visible.

Grado 1: hay anestesia, pero no hay deformidad ni lesión visible.

Grado 2: hay deformidad o lesión visible.

Se efectuará la valoración y clasificación de cada mano y de cada pie por separado, entendiéndose por "lesión" a la ulceración, el acortamiento, la desorganización, la rigidez y la pérdida parcial o total de la mano o el pie.

Si se encuentra que el paciente presenta alguna incapacidad debida a causas distintas de la lepra, deberá dejarse constancia de este hecho.

8.2 Ojos:

Se recomienda la siguiente clasificación:

- Grado 0: no hay problemas oculares causados por la lepra; no hay indicios de pérdida visual.
- Grado 1: hay problemas oculares causados por la lepra, pero la visión no está gravemente afectada como resultado de dicho problema (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).

Los problemas oculares causados por la lepra comprenden anestesia corneal, leucomata y iridociclitis. Cada ojo se valorará y clasificará por separado.

Si se encuentra que el paciente presenta alguna incapacidad debida a causas distintas de la lepra, deberá dejarse constancia de este hecho.

C. Tratamiento de incapacidades.

- C.1 Aprovechar los recursos locales para iniciar el tratamiento de la incapacidad.
- C.2 En caso necesario referir al paciente a otro centro asistencial para el manejo apropiado.
- C.3 Brindar apoyo a nivel institucional en el caso de que el paciente requiera modificaciones de calzado o construcción total del mismo.
- C.4 Brindar según los recursos lo permitan las prótesis o aparatos necesarios para el deambular del paciente y su reincorporación a la sociedad.

ESTRATEGIAS DE APOYO

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

- A. Mediciones esporádicas de orina para detectar la presencia de Sulfona.
- B. Encuestas domiciliarias.
- C. Supervisión capacitada de la IMU a nivel rural cada seis meses.
- D. Garantizar el servicio de transporte adecuado, suministro de combustible, así como de mantenimiento al equipo.
- E. Valoración clínica y bacteriológica periódica de todos los casos.
- F. Se mantiene el compromiso con la OPS/OMS de enviar la información solicitado por la organización como mínimo cada año, según los formularios facilitados por ellos mismos.