

Fuente :Diario Oficial de la Federación

Fecha de publicación: 17 de Enero del 2001

NOM-027-SSA2-1999

NORMA OFICIAL MEXICANA, PARA LA PREVENCION, CONTROL Y ELIMINACION DE LA LEPROA.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones I, II y XV, 13, apartado A), fracción I, 34, fracción I, 133, fracción I, 134, fracción IX, 140 y demás aplicables de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41 y 47, fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28, 34 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 7, fracciones V y XIX y 38, fracción VI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que con fecha 21 de junio de 1999, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 25 de abril de 2000, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el Proyecto de Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-027-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, CONTROL Y ELIMINACION DE LA LEPROA

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Control y Eliminación de la Lepra, participaron las instituciones, dependencias y organizaciones siguientes:

SECRETARIA DE SALUD Centro de Vigilancia Epidemiológica Dirección General Adjunta de Epidemiología
Dirección General de Estadística e Informática Dirección General de Promoción de la Salud Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud Hospital General de México Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Coordinación General de Hospitales de la SSA Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud
Centro Nacional de Rehabilitación Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL Servicios de Salud Pública del Distrito Federal Servicios Médicos y Urgencias Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL Dirección de Sanidad Militar
SECRETARIA DE MARINA Dirección de Sanidad Naval
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Coordinación de Salud Comunitaria Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad Coordinación de Atención Médica
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL Escuela Superior de Medicina
PETROLEOS MEXICANOS Gerencia de Servicios Médicos
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Representación en México

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones

4. Abreviaturas
5. Clasificación
6. Especificaciones
7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
8. Bibliografía
9. Vigilancia de la Norma
10. Vigencia de la Norma

0. Introducción

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por el *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos, puede afectar otros órganos y en ocasiones es sistémica.

Es un problema de Salud Pública en muchas regiones del mundo y en algunas de México, no sólo por el número de casos sino también por su carácter invalidante y el prejuicio que existe en la población.

La Poliquimioterapia (PQT) iniciada en México en 1990, que garantiza la curación, ha reducido el número de casos infectantes y la frecuencia de discapacidades, con ello se han modificado los conceptos de incurabilidad y contagiosidad de la enfermedad.

Las acciones de la estrategia para la eliminación de la lepra aunadas a la PQT, han modificado la situación epidemiológica de este padecimiento, logrando que en 1994 México como país, cumpliera la meta establecida por la OMS de tener menos de 1 caso por 10,000 habitantes.

Debido a lo anterior, se replantea la meta, orientada principalmente a focalizar las regiones prioritarias de acuerdo con su situación epidemiológica, para realizar acciones específicas encaminadas al logro de la eliminación de la enfermedad.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios que permitan elaborar los procedimientos para la prevención, control y eliminación de la lepra.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

2. Referencias

Para la aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes normas:

2.1 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.2 NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

2.3 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.1 Anestesia, a la pérdida de la sensibilidad al tacto, dolor y a la temperatura.

3.2 Área con eliminación de la lepra, a la que presenta prevalencia menor de un caso por 10,000 habitantes.

3.3 Área de riesgo, a aquella en la que existen o han existido enfermos de lepra.

3.4 Baciloscopia negativa, a la demostración de ausencia de bacilos ácido resistentes en la lectura de 100 campos de un frotis.

3.5 Baciloscopia positiva, a la demostración de uno o más bacilos ácido resistentes en la lectura de 100 campos de un frotis.

3.6 Brote, a la ocurrencia de dos o más casos asociados entre sí, o uno o más casos en áreas donde no existía lepra.

3.7 Caso confirmado de lepra, al caso probable con baciloscopia positiva, si fuera negativa con evidencia epidemiológica y resultado histopatológico compatible con lepra, en ausencia de diagnósticos alternativos.

3.8 Caso nuevo de lepra, al enfermo en quien se establece el diagnóstico de lepra por primera vez.

3.9 Caso probable de lepra, a toda persona que presente manchas hipopigmentadas, rojizas o cobrizas con trastorno de la sensibilidad, o bien placas infiltradas, nódulos, infiltración difusa, úlceras, o zonas con trastorno de la sensibilidad sin lesiones dermatológicas.

3.10 Comunicación Educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación, que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos relativos a la salud y promover conductas saludables en la población.

3.11 Comunicadores, a todas aquellas personas o instituciones que tienen como función la de transmitir mensajes a la población.

3.12 Contacto de lepra, a la persona que convive o ha convivido con un caso de lepra.

3.13 Curación, al caso de lepra en el que desaparecen signos y síntomas. En casos multibacilares se requiere negativización bacteriológica.

3.14 Dosis autoadministrada, a los fármacos de la PQT que el enfermo toma diariamente.

3.15 Dosis supervisada, a los fármacos de la PQT que toma el enfermo en presencia del personal de salud para confirmar su ingesta.

3.16 Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

3.17 Estados reaccionales, al conjunto de signos y síntomas de evolución aguda, que presentan algunos pacientes de lepra y se clasifican en reacción tipo I y reacción tipo II.

3.18 Lepra, a la enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por el *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos, puede afectar otros órganos y en ocasiones es sistémica.

3.19 Lepra grupo dimorfo, al caso que presenta lesiones de los dos tipos existentes, con o sin manifestaciones neurológicas; sin o con escasos bacilos, corresponden al borderline o limítrofe de la CIE-10.

3.20 Lepra grupo indeterminado, al caso que presenta manifestaciones cutáneas y neurológicas; sin o con escasos bacilos aislados.

3.21 Lepra tipo lepromatoso, al caso con lesiones sistémicas y progresivas, con abundantes bacilos.

3.22 Lepra tipo tuberculoide, al caso con lesiones localizadas, regresivas, afecta únicamente piel y nervios periféricos, sin bacilos.

3.23 Multibacilar, al caso de lepra con baciloscopia positiva.

3.24 Participación Social, al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

3.25 Paucibacilar, al caso de lepra con baciloscopia negativa.

3.26 Poliquimioterapia (PQT), a la combinación de dos o más fármacos para el tratamiento de la lepra.

3.27 Prevalencia, a la relación entre el número existente de casos de lepra y la población a que pertenecen en un periodo y un lugar determinados.

3.28 Prevención de discapacidades, al conjunto de medidas tendientes a limitar el daño neurológico.

3.29 Promoción de la Salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la salud.

3.30 Reacción tipo I: al estado reaccional que se presenta en el grupo dimorfo debido a la inestabilidad de la inmunidad celular; si aumenta va al polo tuberculoide: reacción de reversa; si disminuye, progresa al polo lepromatoso: reacción de degradación.

3.31 Reacción tipo II (reacción leprosa), a la que se presenta en los pacientes lepromatosos, debida al aumento de la inmunidad humoral y se clasifica en eritema nudoso, eritema polimorfo y eritema necrosante.

3.32 Recaída, a la reaparición de signos y síntomas de lepra o de bacilos después de haber curado.

3.33 Rehabilitación, a los procedimientos tendientes a restituir las funciones físicas, mentales y sociales, en una persona con discapacidad.

3.34 Tratamiento terminado, al que completa el paciente al tomar como mínimo 24 dosis mensuales y 648 diarias en casos multibacilares; en casos paucibacilares 6 dosis mensuales y 162 diarias.

3.35 Vigilancia postratamiento, al seguimiento que se realiza a pacientes que han cumplido su tratamiento con poliquimioterapia.

4. Abreviaturas

Para efectos de esta Norma se utilizarán las abreviaturas siguientes:

BB	Borderline borderline
BL	Borderline lepromatosa
BT	Borderline tuberculoide
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.
kg	Kilogramos
MB	Multibacilar
mg	Miligramos
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia

SINAVE Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

5. Clasificación

5.1 Clasificación internacional

5.1.1 De conformidad con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la OMS, en su décima revisión, para fines de registro en los sistemas nacionales de información, la lepra se codifica de la manera siguiente:

- A30 Lepra (enfermedad de Hansen)
- A30.0 Lepra indeterminada Lepra I
- A30.1 Lepra tuberculoide Lepra TT
- A30.2 Lepra tuberculoide limítrofe Lepra BT (tuberculoide, "borderline")
- A30.3 Lepra limítrofe Lepra BB ("borderline")
- A30.4 Lepra lepromatosa limítrofe Lepra BL (lepromatosa, "borderline")
- A30.5 Lepra lepromatosa Lepra LL
- A30.8 Otras formas de lepra
- A30.9 Lepra, no especificada

5.1.2 Criterio para seleccionar tratamiento

Para definir el tipo de tratamiento recomendado por la OMS los enfermos se clasifican en base a la presencia o ausencia de bacilos como:

- Multibacilares (MB) comprende A30.3, A30.4 y A30.5
- Paucibacilares (PB) comprende A30.0, A30.1 y A30.2

5.2 Clasificación nacional

5.2.1 Criterio clínico:

- Lepra tipo lepromatoso incluye A30.5
 - a) Lepromatosa nodular
 - b) Lepromatosa difusa
- Lepra tipo tuberculoide incluye A30.1
 - a) Tuberculoide fija
 - b) Tuberculoide reaccional
- Lepra grupo indeterminado A30.0
- Lepra grupo dimorfo incluye
 - a) caso dimorfo tuberculoide (BT) A30.2
 - b) caso dimorfo dimorfo (BB) A30.3
 - c) caso dimorfo lepromatoso (BL) A30.4

6. Especificaciones

Las actividades a desarrollar en materia de prevención, control y eliminación de la lepra deben ser de promoción de la salud, de control y de vigilancia epidemiológica.

6.1 Actividades de promoción de la salud.

La promoción de la salud se debe llevar a cabo mediante actividades de educación para la salud, participación social y comunicación educativa.

6.1.1 Educación para la salud.

6.1.1.1 Desarrollar acciones que promuevan actitudes y aptitudes que mejoren la salud individual, familiar y colectiva.

6.1.1.2 Promover en la población el desarrollo de ambientes saludables a nivel familiar.

6.1.1.3 Educar a la población para que identifique manifestaciones iniciales de lepra y acuda en búsqueda de atención oportuna.

6.1.1.4 Informar de los cuidados que debe tener el enfermo de lepra con su piel, ojos, manos y pies para disminuir el daño neural, deformidades y discapacidad.

6.1.1.5 Educar al paciente sobre la importancia de seguir su tratamiento de acuerdo a lo establecido en la presente Norma.

6.1.1.6 Educar al paciente y los contactos sobre la importancia de la atención, para la mejoría de las condiciones de salud del enfermo y detectar casos tempranos.

6.1.2 Participación social.

6.1.2.1 Promover la participación de las autoridades locales, los gobiernos municipales, estatales y federal para apoyar las acciones de prevención, control y seguimiento de casos.

6.1.2.2 Promover la participación de asociaciones, comités de salud, juntas de vecinos o asambleas comunitarias para mejorar las condiciones ambientales que tienen que ver en el mejoramiento de la salud y calidad de vida.

6.1.2.3 Promover la concertación y coordinación de agrupaciones de profesionales de los distintos campos para que participen proporcionando información pertinente y verídica a la población en general.

6.1.2.4 Gestionar apoyos diversos de organizaciones públicas y privadas para que participen en la rehabilitación del enfermo de lepra con discapacidades.

6.1.3 Comunicación educativa.

6.1.3.1 Desarrollar estrategias que incorporen acciones de comunicación masiva, grupal e interpersonal que permitan eliminar el prejuicio que la población tiene sobre el padecimiento.

6.1.3.2 Promover que los comunicadores asuman el compromiso de informar a la población sobre la identificación y tratamiento oportuno de la lepra.

6.2 Actividades de control.

El control de la lepra debe incluir la identificación y diagnóstico de casos, tratamiento, vigilancia y evaluación del tratamiento y vigilancia postratamiento, así como el estudio y seguimiento de los contactos.

6.2.1 Identificación del caso.

6.2.1.1 La identificación de los casos de lepra debe realizarse mediante búsqueda entre consultantes, entre los contactos de un caso de lepra y entre la población donde existen o han existido casos de lepra.

6.2.1.2 Se sospechará la presencia de lepra ante:

Lesiones dermatológicas única o múltiples como:

mancha hipopigmentada, rojiza o cobriza,
placas infiltradas,
úlcera,
infiltración difusa o
nódulos.

Lesiones neurológicas como:

inflamación y engrosamiento de troncos nerviosos periféricos, alteraciones en la sensibilidad (anestesia, hipoestesia) o,
alteraciones motoras (pérdida de la fuerza).

6.2.2 Diagnóstico del caso.

Para el diagnóstico de lepra, se debe realizar estudio clínico, baciloscopia, estudio histopatológico, leprominorreacción (cuadro 1) y evaluación de discapacidades.

6.2.2.1 El estudio clínico, se debe realizar con la metodología dermatológica, la cual consiste en establecer la identificación, exploración física completa, exploración de la sensibilidad cutánea, interrogatorio y toma de muestras para laboratorio.

6.2.2.2 La baciloscopia se debe realizar en todos los casos que se estudien por primera vez y consiste en obtener frotis del lóbulo de la oreja y de una lesión cutánea y cuando se considere necesario, de la mucosa nasal.

6.2.2.2.1 En los casos multibacilares el diagnóstico se debe confirmar con baciloscopia positiva y en los paucibacilares por los estudios clínico-epidemiológicos.

6.2.2.3 El estudio histopatológico se debe realizar en todos los casos que se estudien por primera vez, y consiste en obtener una biopsia de piel de una lesión activa en la que no exista infección agregada, que incluya tejido celular subcutáneo.

6.2.2.4 La leprominorreacción, se debe realizar cuando exista el recurso, para establecer la clasificación de algunos enfermos y tomar la decisión del tipo de tratamiento que requieren; esta prueba intradérmica indica el estado inmunológico de una persona y el polo al que se definirán los enfermos dimorfos e indeterminados.

CUADRO 1 DIAGNOSTICO DE LA LEPROA

CARACTERISTICAS	TIPO LEPROMATOSO	TIPO TUBERCULOIDE	GRUPO INDETERMINADO	GRUPO DIMORFO
Evolución	Progresiva	Regresiva	Fase temprana de la enfermedad Si no se trata, evoluciona a los tipos lepromatoso o tuberculoide	Forma inestable, evoluciona a los tipos lepromatoso o tuberculoide
Lesiones cutáneas	Placas eritematosas, simétricas nódulos o infiltración difusa	Placas asimétricas infiltradas, eritematosas de bordes definidos y anestésicas	Manchas hipopigmentadas con trastorno de la sensibilidad	Placas eritematosas, cobrizas, nodoedematosas
Alopecia	Cejas, pestañas y vello corporal	No hay	En las manchas	Puede existir
Lesiones mucosas	Rinitis, ulceración y perforación del tabique nasal (porción cartilaginosa)	No hay	No hay	Puede haber congestión nasal
Alteraciones neuríticas	Neuritis simétrica, trastornos de la sensibilidad y motores	Neuritis asimétrica retracciones musculares	Trastornos de la sensibilidad en las manchas y/o retracciones musculares	Neuritis, puede haber o no trastornos de la sensibilidad en las placas
Lesiones oculares	Puede haber nódulos en la cornea, iritis, iridociclitis	Pueden existir consecutivas a lagofthalmos por parálisis muscular	No hay	Puede haber afección conjuntival
Estados reaccionales	Reacción tipo II o reacción leprosa	No hay	No hay	Reacción tipo I, reacción de reversa o de degradación
Baciloscopia	Positiva Multibacilar	Negativa Paucibacilar	Negativa Paucibacilar	Positiva o negativa Multibacilar BB y BL Paucibacilar BT
Histopatología	Granuloma lepromatoso (células de Virchow)	Granuloma tuberculoide (células epitelioides y gigantes tipo Langhans)	Infiltrado inflamatorio inespecífico	Estructura mixta células de Virchow y tipo Langhans
Leprominorreacción	Mitsuda negativa	Mitsuda positiva	Mitsuda positiva o negativa	Mitsuda positiva o negativa
Epidemiología	Antecedente de vivir o haber vivido con un enfermo de lepra o en región endémica			

6.2.2.5 Evaluación de discapacidades, desde la primera entrevista y periódicamente durante el tratamiento, se debe establecer en cada enfermo el grado de discapacidad por órganos y regiones susceptibles de ser afectados en su función como consecuencia de la enfermedad, para adecuar las medidas de prevención y tratamiento.

6.2.2.5.1 Las discapacidades por lepra se califican por grados de acuerdo a los siguientes criterios:

- Grado 0: No hay anestesia, ni deformidad o lesión visible, ni pérdida visual.
- Grado 1: Hay anestesia, sin deformidad ni lesión visible, ojos afectados, la visión no está gravemente afectada.
- Grado 2: Hay deformidad o lesión visible o grave déficit visual (lesiones oculares específicas).

6.2.3 Tratamiento, corresponde al tratamiento de la lepra, del estado reaccional y de discapacidades.

6.2.3.1 Tratamiento de la lepra.

6.2.3.1.1 Los fármacos que se deben utilizar en el tratamiento de la lepra son: rifampicina, clofazimina y sulfona. La combinación de dos o más fármacos se denomina poliquimioterapia (PQT) y lo prescribe el personal de salud debidamente capacitado.

6.2.3.1.2 El tratamiento de la lepra para los casos multibacilares comprende como mínimo 24 dosis mensuales supervisadas de rifampicina, clofazimina y sulfona y 648 dosis diarias autoadministradas de clofazimina y sulfona

durante 24 meses o hasta la negativización y desaparición de las lesiones dermatológicas de acuerdo con las especificaciones del cuadro 2.

CUADRO 2 TRATAMIENTO PARA CASOS MULTIBACILARES

MEDICAMENTO	NIÑO (menor de 15 años)	ADULTO	CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO
Dosis mensual supervisada hasta completar 24 dosis			Hepatopatía Daño renal Anemia severa Hemólisis Metahemoglobinemia
Rifampicina (a)	450 mg	600 mg	
Clofazimina	150 mg	300 mg	
Sulfona	50 mg	100 mg	
Dosis diaria autoadministrada hasta completar 648 dosis			
Sulfona	50 mg	100 mg	
Clofazimina	50 mg (b)	50 mg	

(a) En caso de hepatopatía se utilizará clofazimina y sulfona.

(b) En niños se administra cada tercer día.

6.2.3.1.3 El tratamiento para casos paucibacilares comprende como mínimo 6 dosis mensuales supervisadas de rifampicina y sulfona y 162 dosis diarias autoadministradas o hasta la desaparición de las lesiones dermatológicas, como se muestra en el cuadro 3.

CUADRO 3 TRATAMIENTO DE CASOS PAUCIBACILARES

MEDICAMENTO	NIÑO (menor de 15 años)	ADULTO	CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO
Dosis mensual supervisada hasta completar 6 dosis			Hepatopatía Daño renal Anemia Hemólisis Metahemoglobinemia
Rifampicina	450 mg	600 mg	
Sulfona	50 mg	100 mg	
Dosis diaria autoadministrada hasta completar 162 dosis			
Sulfona	50 mg	100 mg	

6.2.3.1.4 En casos con manifestaciones neurológicas, para evitar que éstas empeoren se deben administrar simultáneamente con la PQT de 10 a 25 mg diarios de prednisona durante uno o dos meses, bajo estricto control médico.

6.2.3.2 Tratamiento del estado reaccional.

Los estados reaccionales pueden presentarse en cualquier fase de la evolución de la enfermedad, inclusive después de concluido el tratamiento.

6.2.3.2.1 La reacción tipo I, cuando es de reversa se presenta en los primeros meses de terapia en los casos BT, consiste en una agudización de las lesiones preexistentes y neuropatía. La reacción de degradación ocurre en los casos BL no tratados o en los que han interrumpido el tratamiento. En ellos las lesiones empeoran y pueden aparecer nuevas, con aspecto menos tuberculoide.

6.2.3.2.2 La reacción tipo II se presenta en los casos lepromatosos y se caracteriza por periodos agudos denominados reacción leprosa, caracterizados por síndrome febril, cefalea, malestar general, artralgias y neuritis de varios nervios, todo este cuadro acompañado por alguno de los tres síndromes cutáneos: eritema nudoso, eritema polimorfo o eritema necrosante.

6.2.3.2.3 El manejo del paciente con cualquier tipo de estado reaccional es el siguiente:

- Descartar presencia de focos infecciosos agregados y dar tratamiento con antibióticos y sintomáticos e iniciar o continuar PQT.
- Si no ha recibido PQT, iniciarla y dar tratamiento para la reacción.
- Si está en tratamiento con PQT, debe continuarlo y dar tratamiento para la reacción.
- Si concluyó PQT, dar tratamiento para la reacción.
- El tratamiento debe ser de acuerdo al tipo de reacción y de forma inmediata.
- Si la reacción no cede al tratamiento, el paciente debe ser valorado por un especialista.

6.2.3.2.4 El tratamiento para la reacción de reversa o de degradación debe atenderse como se indica en el cuadro

4.

CUADRO 4 TRATAMIENTO DE LA REACCION TIPO I

MEDICAMENTO	DOSIS	DURACION
CLOFAZIMINA Y PREDNISONA	Inicial: 200 a 300 mg por día Obtenida la mejoría, la dosis se reduce gradualmente Inicial : 0.5 a 1 mg/kg de peso por día Una vez que cede el cuadro la dosis se reduce gradualmente	Hasta obtener mejoría

6.2.3.2.5 El esquema de tratamiento para la reacción tipo II, se indica en el cuadro 5.

CUADRO 5 TRATAMIENTO DE LA REACCION TIPO II

MEDICAMENTO	DOSIS	DURACION
TALIDOMIDA*	200-600 mg diarios Al obtener mejoría, se continúa con las siguientes dosis: 100 mg por día 50 mg por día 25 mg por día	Hasta obtener mejoría 10 días 10 días 10 días

- * En el niño se administra la mitad de la dosis.
- * NO ADMINISTRAR EN SOSPECHA DE EMBARAZO O DURANTE EL EMBARAZO, POR SER TERATOGENICO.
- * En mujeres en edad fértil, se debe llevar un control estricto con métodos anticonceptivos.
- * En el caso de reacción tipo II en embarazadas, la alternativa es usar clofazimina 200 mg diarios hasta obtener mejoría o pentoxifilina 800 mg diarios hasta obtener mejoría.

6.2.3.3 Prevención y tratamiento de discapacidades

6.2.3.3.1 La prevención de discapacidades en los enfermos de lepra, se debe iniciar tan pronto se diagnostique el padecimiento, con el fin de evitar o disminuir el desarrollo de problemas físicos, psíquicos, sociales y económicos.

6.2.3.3.2 Las actividades que se deben realizar para reducir al mínimo la discapacidad son las siguientes:

- a) Ingreso a PQT.
- b) Educación para que demande oportunamente atención médica ante la presencia de reacción tipo I o II.
- c) Tratamiento de las reacciones.
- d) Detección de lesiones en troncos nerviosos.
- e) Educación y práctica para que realice medidas de autocuidado: masaje, lubricación, hidratación, protección de ojos, pies y manos.

6.2.3.3.3 Las actividades que se deben realizar para la rehabilitación son:

- a) Elaboración de aditamentos sencillos por personal capacitado para movilizar las partes afectadas.
- b) Referencia de los casos avanzados a otro nivel de atención.

6.2.4 Vigilancia y evaluación del tratamiento.

6.2.4.1 La vigilancia del tratamiento se debe efectuar como sigue:

6.2.4.1.1 A todos los casos, el personal de salud debe supervisar la ingesta de la dosis mensual hasta que complete el tratamiento; evaluar el estado general del paciente para identificar la regularidad del mismo, así como los efectos adversos a los fármacos y proporcionar los medicamentos que deben tomar en su domicilio.

6.2.4.2 La evaluación del tratamiento se debe realizar como sigue:

6.2.4.2.1 A los casos multibacilares se les debe realizar cada seis meses un examen clínico completo y estudio baciloscópico durante el periodo de tratamiento. Al terminar éste, la evaluación debe complementarse con estudio histopatológico de piel anteriormente afectada.

6.2.4.2.2 En los casos paucibacilares el examen clínico al final del tratamiento, se debe complementar con estudio histopatológico de piel anteriormente afectada.

6.2.4.2.3 La evaluación debe hacerse durante el seguimiento y al término del tratamiento.

6.2.4.2.3.1 La evolución durante el tratamiento se debe calificar como:

- a) Favorable cuando existe:
Regresión clínica de lesiones,
Negatividad bacteriológica o disminución de carga bacilar,
Mejoría general,
- b) Desfavorable cuando:
Persisten los signos y síntomas,
Persiste la baciloscopia positiva,

6.2.4.2.3.2 La evaluación al término del tratamiento se debe considerar como:

Clínicamente curado (con y sin discapacidad),
Tratamiento terminado (con y sin discapacidad),
Bacteriológicamente curado.

6.2.5 Vigilancia postratamiento.

6.2.5.1 Los pacientes que hayan terminado su tratamiento y curado deben incorporarse a un proceso de vigilancia postratamiento semestral por 2 años en el caso paucibacilar y 5 años en el caso multibacilar.

6.2.5.2 La vigilancia debe consistir en educar al paciente y sus contactos, para que acuda a revisión cuando identifique signos o síntomas de recaída.

6.2.5.3 Todo paciente con recaída debe reingresar a tratamiento.

6.3 Actividades de vigilancia epidemiológica.

Se deben realizar conforme a lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

6.3.1 Todo caso de lepra es codificado del A30.0 al A30.9 de la CIE-10, debe ser registrado en los establecimientos para atención médica públicos, sociales y privados, por medio de un expediente clínico, tarjeta de registro y control, hoja de control y seguimiento mensual de pacientes.

6.3.2 La operación del subsistema de vigilancia epidemiológica de la lepra se sustenta en el manual de vigilancia correspondiente, el cual debe contar con los elementos técnicos y metodológicos necesarios para orientar su aplicación en todos los niveles e instituciones del SINAVE.

6.3.3 Los componentes de información, laboratorio, capacitación y adiestramiento para la vigilancia epidemiológica de la lepra deben estar basados en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

6.3.4 La lepra debe ser notificada semanal y mensualmente y debe acompañarse del estudio epidemiológico correspondiente, conforme a lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma no tiene equivalencia con normas mexicanas y es parcialmente equivalente con los siguientes lineamientos y recomendaciones emitidos por la OMS:

Resolution WHA44.9 at the World Health Assembly. May 1991. World Health Organization.

The Hanoi Declaration. Report of the international conference on the elimination of leprosy as a public health problem. WHO/CTD/LEP/94.5 World Health Organization. Hanoi, Vietnam, 4-7 July 1994.

8. Bibliografía

8.1 Manual de Procedimientos Operativos para el Control de la Lepra.- Secretaría de Salud.- 1996.

8.2 Norma Técnica No. 28 para la Prevención y Control de la Lepra en la Atención Primaria a la Salud. Publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 7 de julio de 1986 y 15 de agosto de 1988.

8.3 Manual la Lepra, para médicos y personal sanitario, Tercera edición en español, 1988.

8.4 Guía para la Eliminación de la Lepra como problema de salud pública. Programa de Acción para la Eliminación de la Lepra, Organización Mundial de la Salud. 1995.

8.5 Prevención de discapacidades en los enfermos de lepra. Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 1994.

8.6 Resolution WHA44.9 at the World Health Assembly. May 1991. World Health Organization.

8.7 The Hanoi Declaration. Report of the international conference on the elimination of leprosy as a public health problem. WHO/CTD/LEP/94.5 World Health Organization. Hanoi, Vietnam, 4-7 July 1994.

9. Vigilancia de la Norma

La vigilancia de su aplicación corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

10. Vigencia de la Norma

La presente Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de octubre de 2000.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.