

# Lepra/Enfermedad de Hansen: Seguimiento de contactos y profilaxis posterior a la exposición

Orientación técnica



Organización  
Mundial de la Salud



# **Lepra/Enfermedad de Hansen: Seguimiento de contactos y profilaxis posterior a la exposición**

**Orientación técnica**



**Organización  
Mundial de la Salud**

Lepra/Enfermedad de Hansen: Seguimiento de contactos y profilaxis posterior a la exposición.  
Orientación técnica

ISBN: 978-92-9022-809-7

© Organización Mundial de la Salud 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible bajo la Licencia "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike" 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Según los términos de esta licencia, se puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que el trabajo se cite adecuadamente, como se indica a continuación. En cualquier uso de este trabajo, no debe haber ninguna sugerencia de que la OMS respalda una organización, productos o servicios específicos. No se permite el uso del logotipo de la OMS. Si adapta el trabajo, debe licenciar su trabajo bajo la misma licencia Creative Commons o una equivalente. Si crea una traducción de este trabajo, debe agregar el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita sugerida: "Esta traducción no fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no es responsable del contenido o la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición auténtica y vinculante".

Cualquier mediación relacionada con las controversias que surjan en virtud de la licencia se llevará a cabo de conformidad con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Cita sugerida. Lepra/Enfermedad de Hansen: Seguimiento de contactos y profilaxis posterior a la exposición. Orientación técnica. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Sudeste Asiático; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación en publicación (CIP). Los datos CIP están disponibles en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para adquirir publicaciones de la OMS, vea <http://apps.who.int/bookorders>. Para enviar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, vea <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo que se atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para esa reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones resultantes de la infracción de cualquier componente de propiedad de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Renuncias generales. Las denominaciones empleadas y la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la OMS sobre la condición jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o zona o de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las cuales puede que todavía no haya un acuerdo completo. La mención de empresas específicas o de productos de ciertos fabricantes no implica que son avalados o recomendados por la OMS con preferencia a otros de naturaleza similar que no sean mencionados. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por letras iniciales en mayúscula.

Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS será responsable de los daños y perjuicios derivados de su uso.

Impreso en la India.

# Tabla de contenido

<i>Colaboradores</i> .....	v
<i>Abreviaturas</i> .....	vi
<i>Prólogo</i> .....	vii
<i>Resumen ejecutivo</i> .....	viii
<i>Glosario</i> .....	x
1. Introducción.....	1
1.1 Importancia de la detección activa de casos y el examen de contactos.....	1
1.2 Eficacia de la quimioprofilaxis.....	2
1.3 Viabilidad y aceptabilidad de la quimioprofilaxis.....	3
2. Descripción general: Seguimiento, evaluación o cribado y quimioprofilaxis en los contactos.....	5
2.1 Seguimiento y evaluación o cribado de los contactos.....	5
2.2 Profilaxis posterior a la exposición.....	6
3. Funciones y responsabilidades.....	7
3.1 Responsabilidades gerenciales.....	7
3.2 Responsabilidades técnicas.....	8
4. Asesoramiento.....	11
4.1 Asesoramiento de los casos índice.....	12
4.2 Asesoramiento de los contactos.....	12
5. Identificación y registro del caso índice.....	18
6. Registro de contactos.....	19
7. Seguimiento de contactos.....	20
8. Evaluación o cribado de contactos.....	24
9. Administración de la PPE.....	27
10. Gestión de la cadena de suministro con respecto a la rifampicina.....	30
10.1 Estimación.....	30
10.2 Gestión del suministro de medicamentos.....	33

11.	Registros e informes .....	35
11.1	Mantenimiento de registros para el seguimiento de contactos y la PPE .....	35
11.2	Informes relacionados con el seguimiento de contactos y la PPE .....	36
12.	Implementación del seguimiento de contactos y la PPE.....	38
12.1	Preparación a nivel nacional .....	38
12.2	Preparación a nivel intermedio .....	39
12.3	Preparación a nivel periférico.....	40
13.	Monitoreo y supervisión.....	42
14.	Información, educación y comunicación.....	46
	Referencias .....	47

### **Anexos**

Anexo 1:	Lista/Registro de contactos .....	50
Anexo 2:	Consentimiento del caso índice .....	52
Anexo 3:	Consentimiento del contacto .....	53

# Colaboradores

---

M. A. Arif (India)

M. Balagon (Filipinas)

E. Cooreman (India)

C. Fenenga (Países Bajos)

B. Quao (Ghana)

A. Solomon (Suiza)

P. Steinmann (Suiza)

A. Tamalsina (Nepal)

C. Kasang (Alemania)

H. J. Kawuma (Uganda)

M. P. Khobragade (India)

T. Letta (Etiopía)

L. Mieras (Países Bajos)

V. Narsappa (India)

M. Nobre (Brasil)

V. R. R. Pemmaraju (India)

Y. Rie (Japón)

E. Rimon (Estados Federados de Micronesia)

J. M. C. Rubite (Filipinas)

P. Saunderson (Noruega)

N. Vera (Colombia)

S. Warusavithana (Egipto)

Zaw Lin (India)

# Abreviaturas

---

AMS	Asamblea Mundial de la Salud
BCC	<i>bacille Calmette-Guérin</i>
ETD	enfermedad tropical desatendida
FEFO	primero en expirar/primero en salvi (en inglés, <i>first expiry/first out</i> )
GPS	sistema de posicionamiento geográfico (en inglés, <i>global positioning system</i> )
IEC	información, educación, comunicación
ILEP	Federación Internacional de Asociaciones de Lucha contra la Lepra
LPPE	Programa de profilaxis posterior a la exposición para lepra (estudio)
MB	multibacilar
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
<i>M. tuberculosis</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NNN	Red de ONGs que luchan contra las ETD (en inglés, <i>NTD NGO Network</i> )
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PB	paucibacilar
PPE	profilaxis posterior a la exposición
PNL	Programa Nacional de Lepra
PQT	poliquimioterapia
ROM	rifampicina, ofloxacina, minociclina
SDR	dosis única de rifampicina (en inglés, <i>single-dose rifampicin</i> )
SMART	específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos determinados (en inglés, <i>specific, measurable, achievable, relevant, time-bound</i> )
TB	tuberculosis
TDCN	tasa de detección de casos nuevos

# Prólogo



La detección temprana y el tratamiento oportuno han sido los principios básicos del control de la lepra durante varias décadas. Cuando esto se combinó con la poliquimioterapia, que se introdujo en la década de 1980, la lepra se convirtió en una enfermedad curable.

A medida que se curaban más pacientes, el número de casos en tratamiento, conocido como “prevalencia registrada”, disminuyó rápidamente. Sin embargo, la detección de casos nuevos se redujo más lentamente, a una tasa del 2% anual. Las deformidades visibles en el momento del diagnóstico, así como la lepra infantil, continúan ocurriendo, lo que destaca la necesidad de iniciativas preventivas de alto impacto para doblar la curva de detección de casos y reducir las discapacidades asociadas con la lepra.

Se sabe que el contacto prolongado con pacientes con lepra no tratados propaga la infección. Se considera que los contactos en el hogar, en el vecindario o en la comunidad tienen un mayor riesgo de infectarse y posteriormente desarrollar la enfermedad. La evaluación o cribado de contactos y la provisión de profilácticos son cruciales para romper la cadena de transmisión.

Según la evidencia disponible, la profilaxis con rifampicina en dosis única, administrada tanto a contactos domésticos como sociales, previene la lepra. El efecto protector ronda el 55%-60%, con mayor eficacia cuando se combina con la vacuna BCG al nacer. Por consiguiente, las guías de la OMS para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra (2018) recomiendan la profilaxis posterior a la exposición con rifampicina en dosis única para todos los contactos.

Este documento trata sobre cómo llevar a cabo la evaluación o cribado de contactos y la quimioprofilaxis en las condiciones rutinarias de un programa. También explica la necesidad de que las personas afectadas por la lepra reciban asesoramiento sobre la divulgación de su estado de enfermedad y el seguimiento de sus contactos. El asesoramiento también es importante para motivar a los contactos sanos a reducir sus posibilidades de desarrollar lepra mediante la quimioprofilaxis. El documento profundiza en los componentes de evaluación o cribado de contactos y quimioprofilaxis para lepra. Es necesario maximizar la cobertura de ambas intervenciones para lograr el impacto necesario, que puede acelerarse aún más mediante la introducción de la profilaxis posterior a la exposición, una intervención nueva, simple y prometedora.

Espero que este documento ayude a los socios y programas nacionales a sostener y acelerar la implementación de iniciativas de prevención de la lepra de alto impacto y a asegurar inversiones adicionales tanto de los gobiernos como de los socios para alcanzar un futuro libre de lepra para todos.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Khetrpal'.

**Dr Poonam Khetrpal Singh**

Director Regional

Región del Sudeste Asiático de la OMS

# Resumen ejecutivo

---

La lepra o enfermedad de Hansen es conocida por la humanidad desde la antigüedad. A principios de la década de 1980, la introducción de la poliquimioterapia (PQT) trajo mucha esperanza. Se establecieron objetivos para lograr la “eliminación de la lepra como problema de salud pública”. Este objetivo se logró a nivel mundial en el año 2000 y en la mayoría de los países en 2005. Sin embargo, los datos de los últimos diez años muestran que el número de casos nuevos detectados a nivel mundial supera los 200 000 cada año. Incluso se informa de un aumento en varios países donde se realizaron esfuerzos especiales para buscar activamente casos ocultos en la comunidad. El seguimiento de contactos es una modalidad de detección activa de casos.

Las investigaciones y las observaciones de campo indicaron que se detectan significativamente más casos entre los contactos de un paciente con lepra en comparación con la población general. Sin una disminución importante en la detección de casos nuevos a lo largo de los años, quedó claro que la detección pasiva de casos y el tratamiento con la PQT por sí solos no serán suficientes para interrumpir la transmisión.

Se han probado diferentes medicamentos o combinaciones de medicamentos para la profilaxis de la lepra: dapsona; acedapsona; rifampicina, ofloxacina y minociclina (ROM); y rifampicina sola. Se encontró que eran efectivos, pero la evidencia no fue suficiente para introducirlos como estrategia en los programas de control. Un ensayo controlado aleatorizado con rifampicina en dosis única (en inglés: *single-dose rifampicin*, SDR), administrada una sola vez, demostró una reducción del 57% de los casos nuevos con lepra entre los contactos. Posteriormente, estudios en diferentes países han demostrado que la quimioprofilaxis con la SDR puede implementarse como parte de las actividades rutinarias de control de la lepra, es altamente eficaz y aceptable.

Programas de control de lepra en varios países, por ejemplo, India, Indonesia, Marruecos, Nepal, República Unida de Tanzania - introdujeron la evaluación o cribado de contactos y la profilaxis posterior a la exposición (PPE) como actividades rutinarias del programa y encontraron que eran efectivas para reducir el número de casos nuevos. Si se implementa de manera efectiva en otros países, se espera que se acelere la reducción del número de casos nuevos a nivel mundial.

Los dos enfoques interrelacionados se consideran importantes intervenciones de salud pública: la evaluación o cribado de contactos detectará casos que de otro modo estarían ocultos, mientras que la PPE reducirá la lepra en el futuro entre los contactos sanos. Los contactos domésticos son la opción más factible cuando se trata de detección de lepra entre los contactos, mientras que la PPE puede tener mayor impacto a nivel poblacional si se logra una amplia cobertura de todo tipo de contactos. La participación de los miembros

de la familia, las personas afectadas por la lepra y los líderes comunitarios es fundamental para maximizar la cobertura de ambas intervenciones.

El asesoramiento es esencial para obtener el consentimiento informado de los pacientes índice para revelar su estado de enfermedad entre sus familiares, contactos sociales o cercanos; y de las personas en contacto para que acepten someterse a una evaluación o cribado para la detección de lepra o beneficiarse de la profilaxis, a menos que se aplique un enfoque más amplio de cobertura/general, para lo cual no sería necesario revelar el estado de la enfermedad del paciente índice.

Esta guía técnica está destinada a proporcionar orientación a los lectores sobre cómo implementar el seguimiento de contactos y la quimioprofilaxis en las condiciones rutinarias del programa. La guía será útil para los directores de programas nacionales y subnacionales, los médicos, el personal paramédico, los socios y la comunidad.

# Glosario

---

Este glosario aborda las diferentes definiciones y términos que aparecen en este documento. Será muy útil si el lector está familiarizado con estas definiciones y términos.

**Exposición:** Cuando una persona sana entra en contacto con una persona infectada con lepra que puede infectar a otras (es decir, antes del tratamiento o incluso antes de que aparezcan los síntomas), se considera que la persona sana está expuesta.

**Infección:** Cuando el bacilo de la lepra ingresa al cuerpo y se multiplica, se dice que la persona está infectada. El microorganismo puede o no causar enfermedad, dependiendo de la inmunidad (la resistencia en el cuerpo) del huésped.

**Profilaxis:** administración de un medicamento o vacuna para prevenir una enfermedad.

**Quimioprofilaxis:** Prevención de una enfermedad infecciosa mediante el uso de agentes químicos/medicamentos.

**Profilaxis posterior a la exposición (PPE):** Administración de medicamentos (por ejemplo, Rifampicina) para prevenir la lepra en una persona que está o ha estado en contacto cercano con un paciente con lepra, ya que existe una mayor probabilidad de que la persona pueda haber sido infectada.

**Caso de lepra:** Un paciente que tiene uno o más de las siguientes condiciones: (i) lesión cutánea hipopigmentada con pérdida definitiva de la sensibilidad; (ii) deterioro o afectación del nervio periférico demostrado por a) pérdida definitiva de la sensibilidad o b) debilidad de manos/pies o cara o c) trastornos de la función autónoma como anhidrosis (piel seca) o d) presencia de deformidades visibles; (iii) signos presencia de deformidades visibles; (iv) signos de la enfermedad con presencia demostrada de bacilos en la baciloscopia de piel o confirmación histopatológica; **Y** necesita tratamiento contra la lepra según lo decida un médico (1).

**Caso índice:** Cualquier persona diagnosticada con lepra por primera vez.

**Caso fuente:** Un paciente no tratado que puede haber infectado o aún puede infectar a otras personas. El caso índice y el caso fuente a menudo se usan indistintamente, aunque no siempre es seguro que el caso índice sea realmente la fuente real de infección.

**Caso secundario:** caso posterior, probablemente infectado de un caso fuente conocido. Debido al período de incubación variable y a menudo largo, las definiciones mencionadas anteriormente de caso índice/fuente y caso secundario solo se utilizan de manera convencional, mientras que puede que nunca sea posible determinar qué paciente es la verdadera fuente o cual es el caso secundario.

**Contacto:** una persona que está muy cerca de un paciente con lepra durante un período prolongado. Estas personas se consideran “expuestas” a la lepra y pueden haber sido infectadas o no. La “duración prolongada” se define típicamente como haber estado en contacto con un paciente no tratado durante 20 horas a la semana en al menos tres meses en un año, por ejemplo, miembros de la familia, vecinos, amigos, escolares en la misma clase; compañeros de trabajo en la misma oficina, etc. (2,3).

NOTA: No se considera contacto una persona cuya exposición con un paciente con lepra solo comenzó después de que el paciente había sido tratado durante cuatro semanas.

**Contacto en el hogar:** contacto viviendo en el mismo domicilio o compartiendo la misma cocina con un caso índice. Esto incluye a los miembros de la familia, pero también al personal doméstico o auxiliares o compañeros de trabajo u otras personas que comparten el mismo alojamiento. Un miembro de la familia que vive en otro lugar no debe considerarse un contacto doméstico.

**Contacto cercano:** una persona que vive en el vecindario de un caso índice, típicamente definido como un hogar adyacente o que vive dentro de los 100 metros (4). Debido a la proximidad geográfica, estas personas tienen una mayor probabilidad de estar expuestas y/o infectadas.

**Contacto social:** otras personas que han tenido un contacto prolongado con un caso índice y que no están clasificadas como contacto familiar o cercano. Estos pueden incluir amigos, personas que comparten el lugar de trabajo (por ejemplo, trabajadores de fábrica, colegas de oficina) o la escuela (estudiantes y profesores) o lugar de diversión (por ejemplo, un club deportivo).

**Enfoque general:** situación en la que toda la población de un área geográfica definida (por ejemplo, distrito, isla, villa, aldea) recibe una intervención general como por ejemplo un medicamento profiláctico. En el caso de la distribución de medicamentos, esto a veces también se denomina “administración masiva de medicamentos”.



El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno han sido la principal estrategia para detener la transmisión del *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) y evitar la discapacidad. Se hicieron enormes esfuerzos para reducir la prevalencia, que se definió como “número de pacientes en tratamiento”. El objetivo de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de reducir la tasa de prevalencia a menos de un caso por cada diez mil habitantes se alcanzó a nivel mundial en el año 2000; y en la mayoría de los países endémicos a nivel nacional para el 2005. Cuando se logró esta meta mundial a nivel nacional, los encargados de formular políticas, las organizaciones de apoyo e incluso los trabajadores de la salud se volvieron condescendientes. Como resultado, la detección activa de casos ya no se consideró efectiva y gradualmente se desalentaron todos los métodos activos de detección de casos. La evaluación o cribado de contactos no fue una excepción. Los servicios contra la lepra se integraron a los servicios generales de atención en salud para mejorar su alcance a través de la atención primaria en salud, mejorar la costo-efectividad y promover la inclusión.

## 1.1 Importancia de la detección activa de casos y el examen de contactos

Como se destaca en la *situación actual de la lepra en el mundo, 2018: avanzando hacia un mundo libre de lepra* (en inglés, *Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world*), se ha observado una disminución, aunque muy lenta, en la detección de casos: de 244 796 casos nuevos detectados en 2009 a 208 641 en 2018; la disminución en la detección de casos fue de aproximadamente un 2% anual. La disminución de la lepra infantil también fue solo modesta: de 10,6 por millón de niños<sup>1</sup> en 2014 a 7,9 por millón de niños en 2018. La proporción de niños entre los casos nuevos osciló entre el 9,0% en 2014 y el 7,6% en 2018. Las permanentes altas proporciones y tasas en niños apuntan a una transmisión que aún continúa (5). La misma publicación documenta una mayor detección de casos en 2018 en comparación con 2017 en las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las Américas, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. El aumento en el número de casos nuevos detectados en varios países se atribuye a razones operativas más que a un aumento real de la incidencia, ya que estos países, a través de campañas de detección activa de casos (incluido el examen de contactos), pudieron detectar casos que estuvieron ocultos durante mucho tiempo. La evaluación o cribado anual (durante cinco años) de todos los contactos de casos de lepra se propuso en la Estrategia mundial contra la lepra 2016–2020 de la OMS como

1 Un niño con lepra se define como un individuo de 0 a 14 años en el momento del diagnóstico.

una de las intervenciones clave del programa de lepra junto con los servicios de PQT en entornos de baja carga (1).

La importancia del examen de contactos también se puede concluir a partir de los siguientes estudios. Se realizó un estudio longitudinal en el distrito de Karonga, Malawi, en donde se encontró que los contactos domésticos de pacientes con lepra multibacilar (MB) tienen un riesgo cinco a ocho veces mayor de desarrollar lepra en comparación con las personas que no viven en las mismas viviendas; mientras que la probabilidad de desarrollar lepra en los contactos domésticos de casos paucibacilares (PB) era casi el doble que en la comunidad en general (6). Una encuesta realizada en el distrito de Puttalam, Sri Lanka, concluyó que existe un mayor riesgo de desarrollar lepra entre los contactos en el hogar (odds ratio: 6,69; valor de  $p < 0,001$ ) (7). En un estudio realizado en Bangladesh, se concluyó que el examen de contactos debería completarse lo antes posible después de que se diagnostique el caso índice (8). Los estudios realizados en las Comoras y Bangladesh indicaron un mayor riesgo de lepra entre los contactos fuera del hogar y recomendaron que el examen se extendiera a los contactos cercanos (2,9).

El seguimiento de contactos también se menciona explícitamente en el Pilar 2 de la *Estrategia mundial contra la lepra 2016–2020 de la OMS “Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra” (Detener la lepra y sus complicaciones)* promoviendo la búsqueda activa de casos y el manejo de contactos (10).

## 1.2 Eficacia de la quimioprofilaxis

Se han realizado muchos esfuerzos para encontrar un tratamiento preventivo en forma de medicamento. Varios estudios que incluyen dapsona y acedapsona ha sido conducidos, pero a continuación se utilizan como referencia los relacionados con la rifampicina:

En 1988, se estudió la quimioprofilaxis con SDR en las Islas Marquesas de la Polinesia Francesa. El seguimiento se realizó durante diez años y la reducción global de casos nuevos fue del 35%–40% (11–13). La quimioprofilaxis se probó en diferentes islas del Pacífico. Los adultos recibieron ROM mientras que los niños recibieron rifampicina. Aunque en 1999 se observó una disminución sustancial de casos nuevos, los datos posteriores y el seguimiento no pudieron establecer que la reducción fuera atribuible a la quimioprofilaxis (14). La rifampicina se utilizó en cinco islas altamente endémicas de Indonesia. La tasa acumulada de detección de casos nuevos (TDCN) en las islas de “control” fue de 39/10 000 habitantes, mientras que en las islas que utilizaron el *enfoque general*, la TDCN resultó ser aproximadamente tres veces menor (15).

Un gran avance se produjo con un ensayo controlado aleatorizado doble ciego llamado COLEP realizado en Bangladesh entre 2002 y 2007. Se encontró que la reducción general del riesgo fue del 57% (16,17). Un metaanálisis de Smith et al. de 127 artículos publicados sobre quimioprofilaxis, utilizando dapsona, acedapsona, ROM o rifampicina sola, encontró que la quimioprofilaxis proporciona un 60% de protección a los contactos de lepra (18).

La *Estrategia mundial contra la lepra de la OMS 2016–2020* promueve intervenciones para la prevención de infecciones y enfermedades (10). Las *Guías de la OMS para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra* (2018) recomiendan la prevención de esta patología mediante quimioprofilaxis. En la nota editorial del Registro epidemiológico semanal de la OMS (en inglés, *Weekly epidemiological record*) núms. 35/36, 2019, 94, 389–412, se afirma que “la reducción gradual de los casos nuevos que ya se ha observado se vería impulsada por la introducción de la quimioprofilaxis con la SDR, y la tendencia a la baja en los casos nuevos plantea la cuestión de si la curva de detección de casos se ha inclinado hacia un mundo libre de lepra” (19).

### 1.3 Viabilidad y aceptabilidad de la quimioprofilaxis

En varios estudios se ha evaluado la viabilidad y aceptabilidad de la PPE con la SDR, administrada una sola vez en las condiciones rutinarias del programa. Se llevó a cabo un estudio cualitativo en Bangladesh que llegó a la conclusión de que la quimioprofilaxis para los contactos domésticos de pacientes con lepra es un complemento eficaz y socialmente aceptable para las actividades del programa de lepra (20). En la isla de Selaru, Indonesia, se llevó a cabo un estudio de viabilidad de la administración de la SDR que concluyó que, con una planificación adecuada y alguna inversión adicional, el enfoque general de la quimioprofilaxis es factible (21). La aceptabilidad de la implementación de la PPE se evaluó en el Territorio de la Unión de Dadra y Nagar Haveli, India, concluyendo que la PPE con SDR ha sido muy bien aceptada por las principales partes interesadas con una tasa de cumplimiento del 99,0% entre los pacientes con lepra y del 98,6% entre los contactos (22). En Brasil, se realizó un estudio de aceptabilidad de la PPE junto con el *proyecto PEP-HANS*, en el cual los participantes reconocieron la relevancia de la PPE, basado en la posibilidad de interrumpir la transmisión, prevención de nuevos casos y mejora de la calidad de vida (23).

En un estudio de varios países llamado Programa de profilaxis posterior a la exposición a la lepra (LPPE), la SDR se administró una vez como PPE. El estudio se realizó en Brasil, India, Indonesia, Nepal, Myanmar, Sri Lanka y la República Unida de Tanzania entre 2015 y 2018. Este estudio evaluó la viabilidad de la PPE en las condiciones rutinarias del programa y concluyó que el enfoque de seguimiento de contactos con evaluación o cribado y provisión de la SDR es generalmente factible, con la definición de contacto adaptada a las condiciones locales y los recursos del programa. Una vez que se ha establecido el seguimiento de contactos, la PPE puede integrarse en las rutinas de los programas de control de la lepra con un mínimo de esfuerzos adicionales. En general, es bien aceptado por los pacientes, sus contactos y el personal sanitario (24).

La costo-efectividad de la PPE con SDR también se evaluó como parte del LPPE en Dadra y Nagar Haveli, India. Se concluyó que la provisión de la PPE con SDR es una estrategia costo-efectiva en el control de la lepra tanto a corto (5 años) como a largo plazo (25 años) (25).

Hasta la fecha, no se ha establecido ninguna vacuna o herramienta preventiva para ser implementada rutinariamente en los programas de control de la lepra.

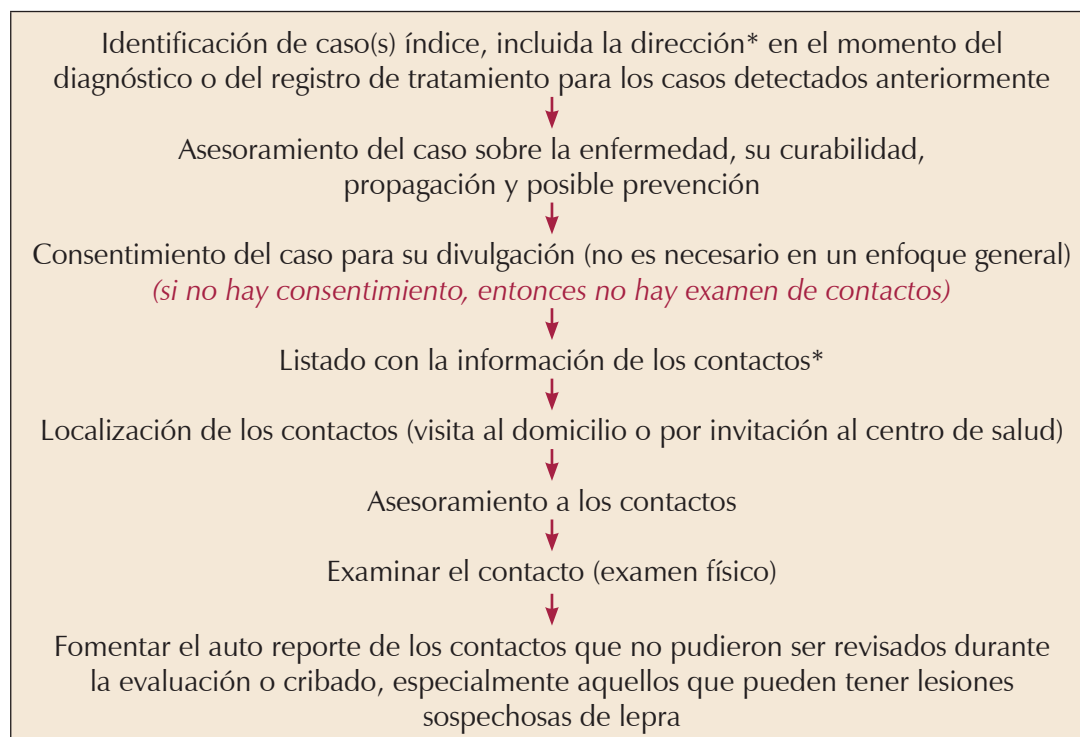
Con los hechos mencionados anteriormente y la evidencia disponible, es claro que los sistemas de salud deben estar orientados a incluir el examen de contactos como un componente importante del control de la lepra. El examen de los contactos y las intervenciones especiales, como la quimioprofilaxis con la SDR, administrada una sola vez, es factible, aceptable, costo-efectiva y será útil para reducir el riesgo de desarrollar y disminuir la transmisión de la lepra. Se están realizando investigaciones para encontrar una “vacuna preventiva”, una combinación de vacuna y quimioprofilaxis, combinaciones más potentes de medicamentos profilácticos, etc., que eventualmente puedan reemplazar la PPE con SDR.

Esta guía técnica está destinada a proporcionar a los lectores diferentes aspectos del seguimiento de contactos y la quimioprofilaxis para que sean utilizados en las condiciones rutinarias del programa. Incluye criterios de elegibilidad, obtención de consentimiento, administración, seguimiento, supervisión, adquisición de medicamentos, gestión de suministros, seguimiento y notificación de eventos adversos. La guía será útil para los directores de programas nacionales y subnacionales, médicos, personal paramédico y socios.

# Descripción general: Seguimiento, evaluación o cribado y quimioprofilaxis en los contactos

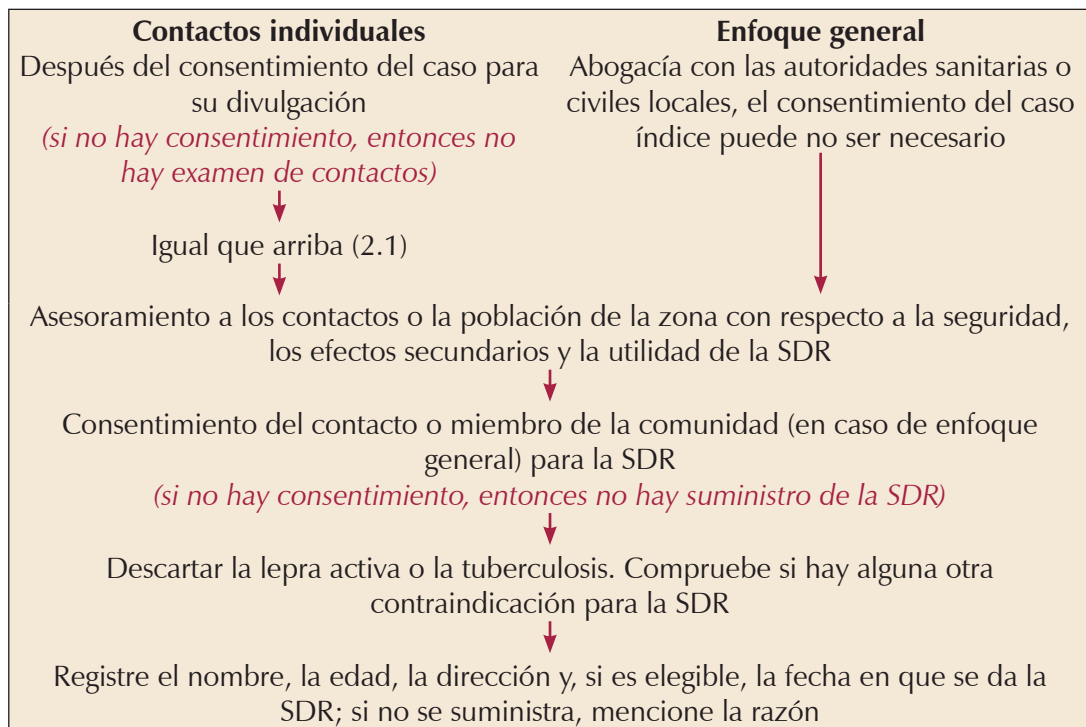
## 2

### 2.1 Seguimiento y evaluación o cribado de los contactos



\*siempre que sea factible, se puede utilizar el Sistema de Posicionamiento Geográfico (GPS)

## 2.2 Profilaxis posterior a la exposición



# Funciones y responsabilidades

# 3

## 3.1 Responsabilidades gerenciales

La siguiente tabla enumera las actividades, con posibles roles y responsabilidades, que serán necesarias para adaptar e implementar estas pautas de manera efectiva. Los países pueden adaptar estas directrices según la política y las circunstancias locales:

Actividad/tarea	Persona responsable
Elaboración de una guía nacional sobre el seguimiento de contactos de lepra Elaboración de una guía nacional sobre quimioprofilaxis	Gerente del Programa Nacional de Lepra (PNL)/Ministerio de Salud
Impresión y distribución de las guías, formularios, formatos de reporte, materiales de información-educación-comunicación (IEC)	Gerente PNL, nivel intermedio o periférico según la política
Reunión de difusión a nivel nacional sobre el seguimiento de contactos/PPE	Gerente de PNL y partes interesadas
Coordinación con todas las partes interesadas para una implementación fluida y rutinaria del seguimiento de contactos y/o PPE	Gerente de PNL
Entrenamientos a nivel nacional de capacitadores identificados sobre el seguimiento de contactos y/o PPE	Gerente de PNL
Reunión de difusión sobre seguimiento de contactos/PPE a nivel intermedio	Gerente del programa de lepra (nivel intermedio) que involucra a actores locales
Coordinación con partes interesadas a nivel intermedio	Gerente del programa de lepra (nivel intermedio)
Entrenamientos de nivel intermedio de capacitadores identificados sobre seguimiento de contactos y/o PPE	Gerente del programa de lepra (nivel intermedio)
Entrenamiento de personal a nivel periférico	Responsable del programa a nivel periférico
Adquisición (o donación) y distribución de rifampicina	Programa de lepra/Ministerio de Salud
Entrada de datos	Personal designado a nivel nacional, intermedio y periférico (según el sistema de información del país)

Actividad/tarea	Persona responsable
Recopilación de reportes e informes de diferentes niveles	Personal designado a nivel nacional, intermedio y periférico (según el sistema de información del país)
Monitoreo y supervisión (puede ser parte de un programa de lepra general o supervisión integrada)	Responsable del programa de lepra (nivel nacional, intermedio o periférico)
Realización de actividades de IEC sobre seguimiento de contactos y/o PPE (puede ser parte de actividades rutinarias de IEC sobre lepra o salud)	Director del programa de lepra o coordinador de educación sanitaria (nivel nacional, intermedio o periférico)

### 3.2 Responsabilidades técnicas

La siguiente tabla contiene un esquema (lista de verificación) y los detalles de cada actividad se proporcionan en los capítulos posteriores.

Actividad/tarea	Persona responsable	Observación
Identificación de un nuevo caso (índice)	Oficial médico o a cargo del centro de salud	En el momento del diagnóstico; si no se hace debido a cualquier razón, recuperar de los registros de tratamiento
Registro de dirección, número de teléfono y otros detalles Siempre que sea posible, se pueden registrar coordenadas GPS	Oficial médico o a cargo del centro de salud o personal de salud designado	Recuperar del registro de tratamiento o preguntar directamente al paciente
Asesoramiento para el consentimiento del caso índice	Oficial médico, consejero o personal capacitado designado. <i>El asesoramiento puede ser hecho por un profesional o consejero capacitado, incluyendo una persona afectada por lepra</i>	Requiere un entorno propicio. El asesoramiento puede repetirse después de 3–6 meses, dependiendo de la necesidad. El asesoramiento puede requerir una o más sesiones.
Listado con la información de los contactos	Oficial médico o personal designado	Para ser transmitido al personal de campo que realizará una visita en el domicilio
	Personal de campo designado	En caso de no hacerlo durante la consulta en el centro de salud

Actividad/tarea	Persona responsable	Observación
<p>Visitar los contactos en el hogar, asesoramiento, tomar el consentimiento y enfatizar en la presentación temprana de la enfermedad</p> <p>Siempre que sea posible se puedan utilizar coordenadas GPS</p>	<p>Personal de campo designado, si es necesario con la ayuda de un voluntario de salud de la comunidad (o miembro sensibilizado del hogar/familia).</p> <p><i>El asesoramiento puede ser hecho por un profesional o un consejero capacitado incluyendo una persona afectada por la lepra.</i></p>	<p>Primera visita que se llevará a cabo idealmente dentro de los primeros dos a tres meses de tratamiento del caso índice.</p> <p>El asesoramiento puede repetirse después de 3–6 meses, dependiendo de la necesidad.</p> <p>El asesoramiento puede requerir una o más sesiones.</p>
<p>Asesoramiento y toma de consentimiento de los contactos que se reportan en el centro de salud</p>	<p>Oficial médico, consejero o personal capacitado designado.</p> <p><i>El asesoramiento puede ser realizado por un profesional o un consejero capacitado, incluyendo una persona afectada por la lepra.</i></p>	<p>Caso índice, miembro de la familia, personal de campo o voluntarios motivan a los contactos para visitar el centro de salud</p>
<p>Examen de contactos en su casa</p>	<p>Personal de campo designado o miembro sensibilizado del hogar/familia</p>	<p>Repetir anualmente durante 5 años;</p> <p>El asesoramiento, el examen de contactos y la aceptación del consentimiento son componentes clave, que se implementarán teniendo en cuenta el contexto local.</p> <p>Utilice la lista de verificación para identificar a los sospechosos de lepra, así como los criterios de exclusión para la SDR.</p>
<p>Examen de contactos en el centro de salud</p>	<p>Oficial médico o personal designado</p>	<p>Igual que arriba</p>
<p>Abogacía con las autoridades locales de salud o civiles, líderes religiosos, etc.</p>	<p>Oficial de salud del distrito</p>	<p>En caso de un enfoque general</p>
<p>Abogacía con miembros de la comunidad</p>	<p>Oficial de salud del distrito, personal de campo designado, representantes de la sociedad civil</p>	<p>En caso de un enfoque general</p>

Actividad/tarea	Persona responsable	Observación
<p>Administración de la SDR en el hogar (para contactos) o en la comunidad (enfoque general).</p> <p>Si se detecta un caso entre los contactos, sus contactos que ya han recibido rifampicina en los últimos dos años, no deben volver a recibir la SDR.</p>	Personal de campo designado	<p>Llevar suficiente rifampicina;</p> <p>Compruebe si hay criterios de exclusión;</p> <p>Registre el nombre del contacto y/o miembro de la comunidad y fecha de administración de la PPE;</p> <p>Asesorar a los contactos y miembros de la comunidad de posibles efectos secundarios;</p> <p>Determinar la dosis adecuada y supervisar la ingesta de rifampicina</p>
<p>Administración de la SDR en un centro de salud.</p> <p><i>Si se detecta un caso entre los contactos, sus contactos que ya han recibido rifampicina en los últimos dos años, no deben volver a recibir la SDR.</i></p>	Oficial médico o personal designado	<p>Compruebe si hay criterios de exclusión;</p> <p>Registre el nombre del contacto y/o miembro de la comunidad y la fecha de administración de la PPE;</p> <p>Asesorar a los contactos y miembros de la comunidad de posibles efectos secundarios;</p> <p>Determinar la dosis adecuada y supervisar la ingesta de la rifampicina</p>
Seguimiento de todas las remisiones	Personal de campo designado	Coordinar con diferentes departamentos o programas

Se encuentran disponibles muchas definiciones de asesoramiento, dadas por diferentes autores para su aplicación en diferentes entornos. La más adecuada para lepra es la definición proporcionada por Pepinsky y Pepensky (1954) (26):

*“La consejería es esa interacción entre dos individuos para encontrar una solución a los problemas, que tienen un ángulo emocional, de un individuo. Esta solución generalmente incluye el cambio de comportamiento en el individuo cuyos problemas se están discutiendo”.*

Muchas personas no saben que la lepra se puede curar y cada cura significa que el paciente ya no es infeccioso. Algunos todavía creen que la lepra es una enfermedad terrible. Muchos más no saben que la prevención de la lepra es posible incluso después de que se haya producido la infección y que la prevención de las discapacidades (y su empeoramiento) es posible.

El asesoramiento del caso índice debe realizarse en el momento del diagnóstico y puede repetirse después de tres o seis meses. El asesoramiento puede requerir varias sesiones y puede ser realizado por un profesional o un consejero capacitado, incluyendo una persona afectada por lepra. El paciente debe estar debidamente informado sobre las realidades de la lepra, el riesgo de infección para otros, el tratamiento, la prevención y el manejo de las discapacidades.

Con respecto al seguimiento de contactos, es imperativo que se obtenga el consentimiento del caso índice para revelar su identidad y para obtener permiso para evaluar o cribar sus contactos. Si un caso índice se niega a revelar su condición, esto debe ser respetado. En este caso, no se evaluará o cribará ningún contacto de forma individual. A veces, el caso índice puede aceptar revelar su identidad únicamente a los miembros de su familia y no a los contactos cercanos y sociales. La educación en salud también debe llevarse a cabo en la comunidad del caso índice.

Se requiere el consentimiento de los contactos antes de realizar su evaluación o cribado para lepra u ofrecer la SDR. En caso de un enfoque general, se debe obtener el consentimiento de los líderes comunitarios antes de iniciar una campaña de PPE y de cada miembro de la comunidad antes de ofrecer la SDR. En caso de que no se proporcione el consentimiento, la SDR no debe suministrarse a los contactos ni a los miembros de la comunidad.

## 4.1 Asesoramiento de los casos índice

La *Guía 2 sobre estigma y bienestar mental (ILEP/NNN Toolkits)* (27) describe el primer encuentro con un paciente de lepra después de la confirmación del diagnóstico como la “hora dorada”. Durante esta hora dorada, el paciente puede estar ansioso por recibir el tratamiento y curarse de inmediato. El diagnóstico de lepra puede ser recibido como una mala noticia, ya que la persona puede necesitar revelar este diagnóstico a sus familiares y contactos. Los pacientes y sus familias pueden temer perder su estatus social o peor aún, ser excluidos y expulsados de sus comunidades.

El grado de pérdida social depende de varios factores, incluyendo la forma en que el paciente es abordado durante esta hora dorada. El asesoramiento durante este encuentro se considera una intervención muy eficaz.

Durante dicha sesión de asesoramiento, las áreas de interés deben incluir: “La lepra es curable”, el tratamiento de la lepra (inicio temprano, duración completa), posibles reacciones, posibles discapacidades, cuándo reportarse al centro de salud para seguimiento y la necesidad de vigilancia de contactos (33). Se debe informar a los casos índice de que pueden haber infectado a otras personas y de que estas personas tienen un menor riesgo de desarrollar lepra mediante la administración de la SDR. El asesoramiento también ayudará a obtener el consentimiento de los casos índice para revelar su identidad y proceder con el seguimiento de sus contactos.

## 4.2 Asesoramiento de los contactos

El asesoramiento de contactos (y miembros de la comunidad en caso de enfoque general) ayudará a obtener el consentimiento para la evaluación o cribado (es decir, realizar un examen físico), así como para administrar la SDR. La mayoría de los contactos serán personas sanas con muy pocos casos de lepra entre ellos.

Es necesario explicar a los contactos sobre la transmisión, su posible riesgo de desarrollar la enfermedad, la prevención de la lepra con la SDR, la administración una sola vez de la SDR, la seguridad de la rifampicina, las limitaciones de la PPE y los primeros signos de lepra. A los contactos que acepten tomar la SDR se les debe explicar los efectos secundarios comunes de la rifampicina (por ejemplo, coloración roja temporal de la orina, saliva y lágrimas) y reacciones adversas bastante raras a los medicamentos (incluyendo posible malestar estomacal, síndrome similar a la gripe o ictericia) las cuales debe informar al establecimiento de salud.

El personal de salud necesita buenas habilidades de comunicación y consejo para el asesoramiento de casos índice y contactos (familiares, vecinos, contactos sociales). Idealmente, deberían participar consejeros profesionales, pero también pueden proporcionar consejería los trabajadores de salud comunitarios, enfermeras, trabajadores de rehabilitación, médicos generales, voluntarios de la comunidad y pares consejeros.

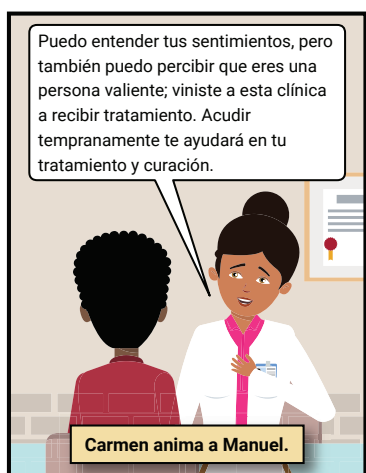
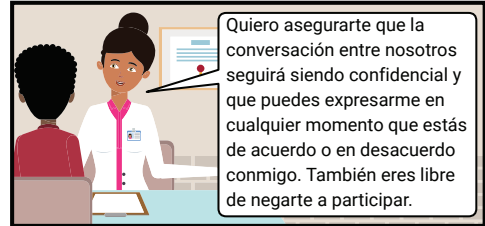
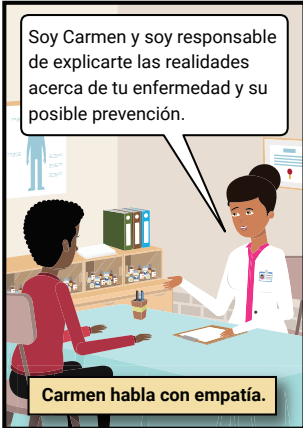
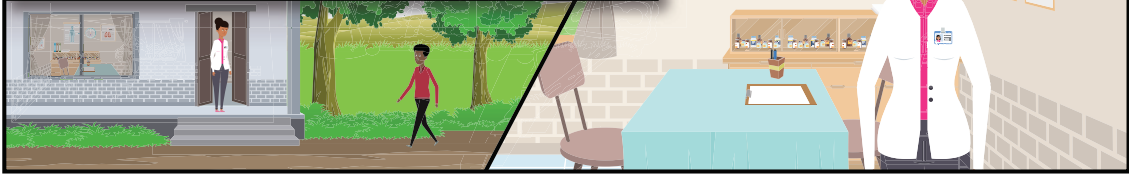
Los pares consejeros son personas que han sufrido lepra y han sido tratadas (curadas) con éxito. Todas las personas que proveen asesoramiento deben haber recibido la formación adecuada para este fin.

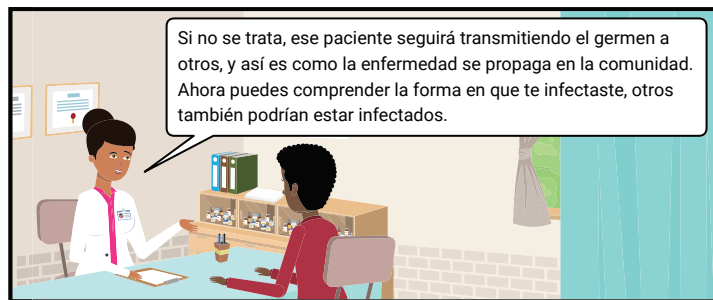
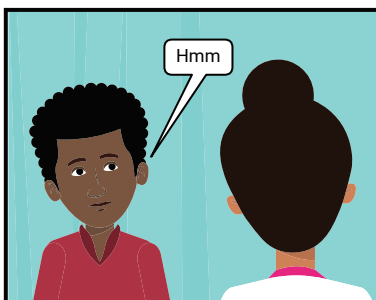
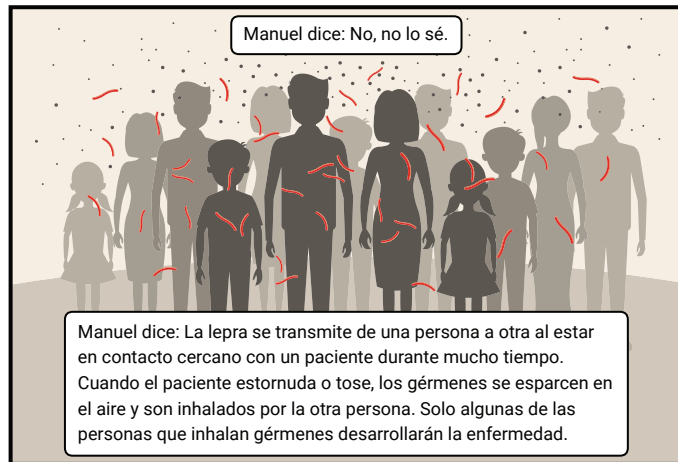
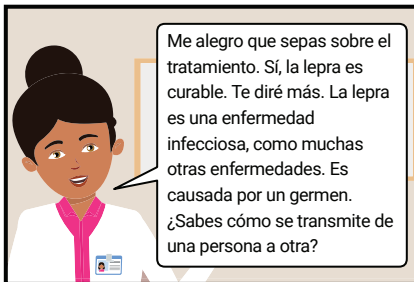
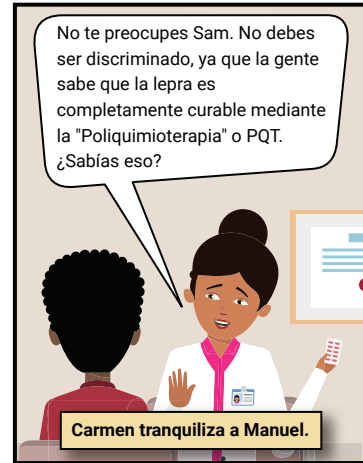
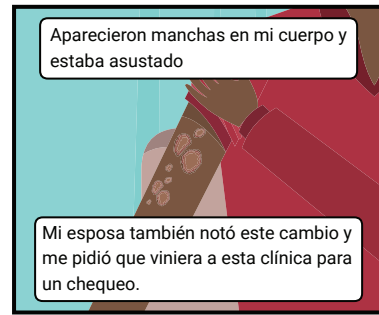
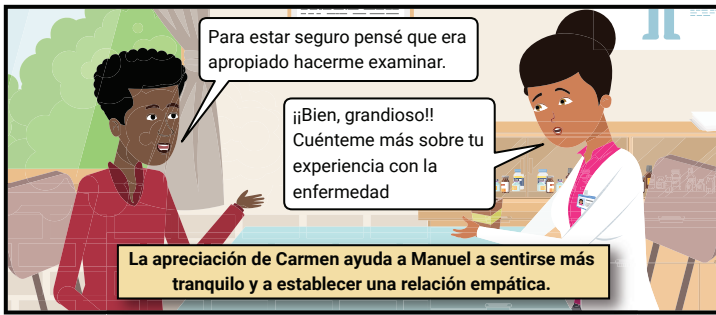
Las buenas prácticas de asesoramiento, como se describen en el *E-módulo sobre asesoramiento en lepra de la OMS (28)*, incluyen:

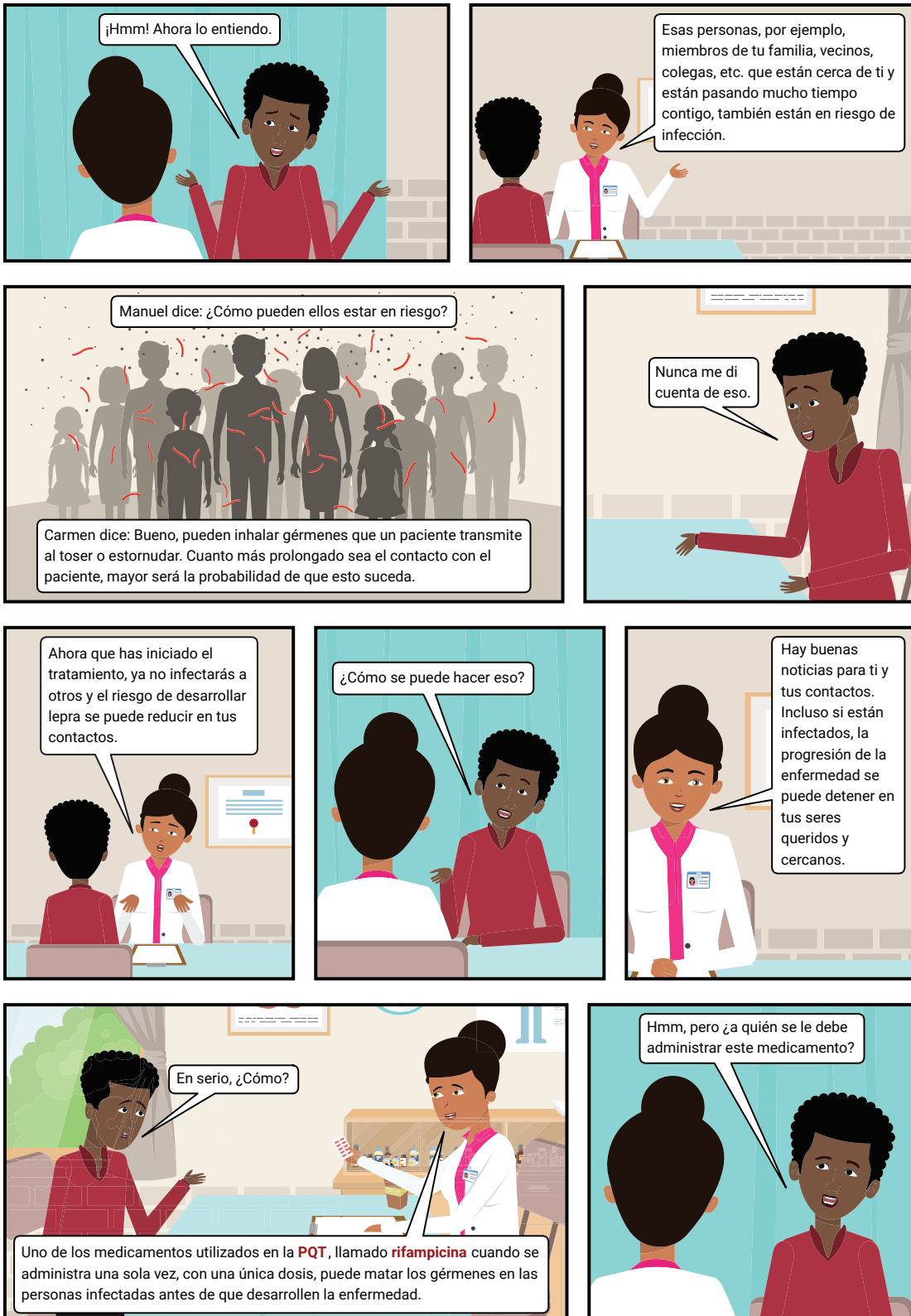
- Estar bien instruido y dar información correcta sobre la enfermedad;
- Dar información correcta sobre la lepra a la comunidad;
- Ser amable, tranquilizador y alentador;
- Responder preguntas y resolver dudas;
- Mantener la confidencialidad;
- Evitar indagaciones innecesarias;
- Aconsejar a los pacientes que inicien el tratamiento en una etapa temprana y lo completen para lograr la curación.

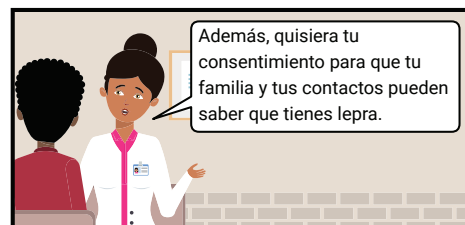
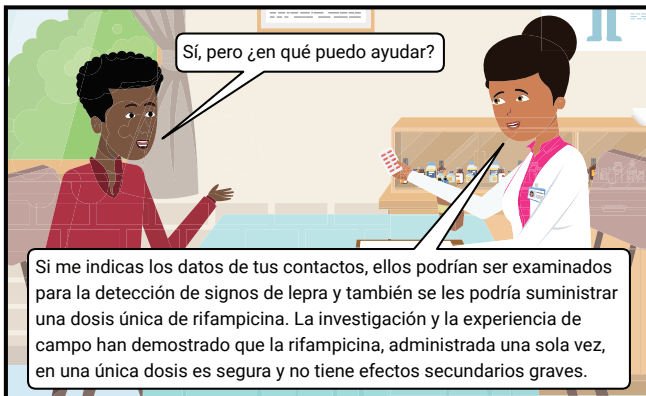
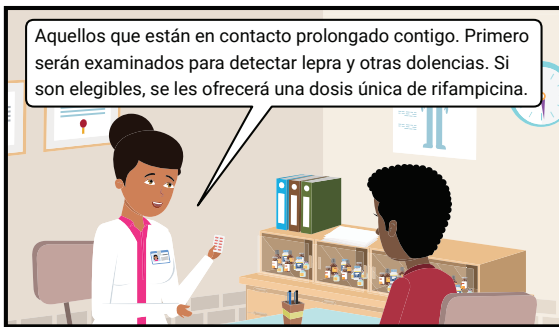
A continuación, se muestra un ejemplo de cómo un trabajador de salud (Carmen) aconseja a un paciente (Manuel). Los mismos principios se pueden aplicar a los contactos con información y hechos relevantes para ellos. Esta historia sirve de ejemplo y no pretende ser completa, ni ser seguida palabra por palabra. Se debe tener en cuenta los antecedentes educativos, sociales, culturales y religiosos de los pacientes y sus contactos. Se debe utilizar el idioma local más simple posible y evitar lenguaje técnico especializado.

En un centro de salud, Carmen es una trabajadora de la salud capacitada en consejería. Manuel es un paciente con lepra recientemente diagnosticado, que acude al centro de salud por primera vez después de la confirmación del diagnóstico. Sam debe ser asesorado sobre la lepra y orientado con el fin de obtener su consentimiento para el seguimiento de sus contactos.







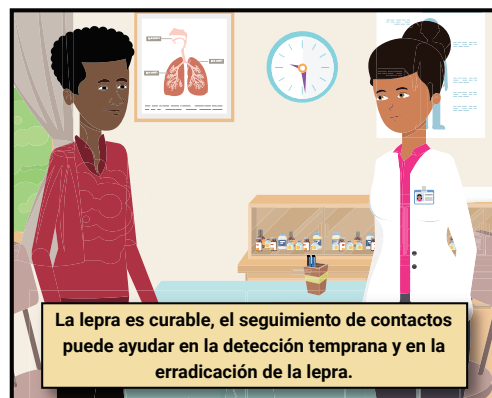
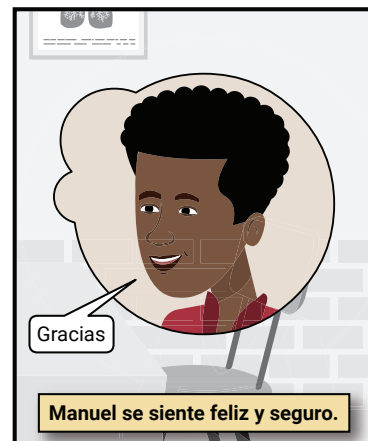


Carmen dice: Sí, te curarás en 12 meses\* si tomas el tratamiento con regularidad.

Curado en 6-12 meses

JANUARY	FEBRUARY	MARCH	APRIL
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
MAY	JUNE	JULY	AUGUST
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SEPTEMBER	OCTOBER	NOVEMBER	DECEMBER
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

\* El tratamiento para la lepra PB es de seis meses y para la lepra MB es de 12 meses.



# 5

## Identificación y registro del caso índice

---

Todos los casos nuevos de lepra deben considerarse como casos índice. El caso índice generalmente se considera la fuente de infección de los contactos. Las excepciones pueden ser los niños y otras personas en las que la fuente suele ser otro paciente del mismo hogar, en las inmediaciones o en la escuela. Por lo tanto, la identificación del caso índice o la detección de un nuevo caso forman la base para el seguimiento de contactos y la PPE. El país debe decidir la fecha a partir de la cual se inscribirán los casos índice para la PPE, por ejemplo, la fecha de inicio del año de informe o incluir los años anteriores. Tan pronto como se confirma el diagnóstico, deben recibir asesoramiento como se describe en el Capítulo 4. La participación de los miembros de la familia ayuda a mejorar la aceptación del examen de todos los contactos. Después del asesoramiento del caso, se debe tomar el consentimiento del paciente para revelar su condición a familiares, vecinos y contactos sociales. Se debe dar prioridad a la divulgación del diagnóstico a los miembros del hogar, ya que los casos secundarios tienen la mayor probabilidad de ocurrir entre ellos. Si no hay consentimiento, no se debe divulgar.

Si no se obtiene el consentimiento, aún se podría realizar el seguimiento de contactos sin revelar la identidad del caso índice. La experiencia de los estudios y la implementación de la SDR ha demostrado que el mensaje “se ha identificado un caso de lepra en su comunidad, lo que lo pone en mayor riesgo de desarrollar también lepra” funciona. Da como resultado la aceptabilidad de las medidas para la evaluación o cribado de lepra en los miembros de la comunidad, así como para el suministro de la PPE.

Una vez que se obtiene el consentimiento, el caso índice debe registrarse y considerarse inscrito para otras actividades. Se puede marcar una “casilla de consentimiento” en la tarjeta de tratamiento del caso índice. El registro de los casos índice debe estar vinculado al registro de tratamiento, es decir, su número de identificación debe ser el mismo en todos los registros e informes. Las direcciones y números de teléfono de los casos índice deben registrarse de tal manera que faciliten la visita a sus casas. La lista de casos índice debe mantenerse por año de informe, es decir, un período de 12 meses, que en la mayoría de los países (pero no en todos) corresponde al año calendario. Según la política del país, esta lista se puede consultar todos los años en los que el programa tiene previsto la evaluación o cribado de los contactos. Se recomienda evaluar o cribar todos los contactos anualmente durante un período de cinco años para garantizar un buen seguimiento.

Lo ideal es que el asesoramiento del caso índice se realice en el momento del diagnóstico, así como durante cualquier visita de seguimiento. Si no se realizó el asesoramiento en ese momento, aún se puede planificar una sesión especial en una fecha posterior en el establecimiento de salud o en la casa del caso índice. La asesoría no debe realizarse en el lugar de trabajo o en la escuela de un niño, ya que esto puede crear un estigma adicional y puede impedir que el caso índice coopere.

# Registro de contactos

# 6

Cualquier persona que haya estado en contacto con un caso índice no tratado durante al menos 20 horas a la semana en al menos tres meses durante el último año se considera un contacto para los efectos del seguimiento de contactos. Registrar los contactos domésticos, cercanos y sociales puede facilitarse con una buena interacción con los miembros de la familia. Estos puntos de corte (20 horas a la semana, 3 meses al año) no son absolutos, sino que se basan en la mayor probabilidad de que dichos contactos puedan haber sido infectados o tener la enfermedad.

Se pueden distinguir diferentes tipos de contactos:

- **Contacto en el hogar:** contactos que viven en la misma vivienda o comparten la misma cocina que el caso índice. Estos incluyen miembros de la familia, pero también personal doméstico o auxiliares o compañeros de trabajo u otras personas que comparten el mismo alojamiento. Un miembro de la familia que vive en otro lugar no debe considerarse como un contacto.
- **Contacto cercano:** Una persona que vive en el vecindario de un caso índice, típicamente definido como una vivienda adyacente o dentro de los 100 metros. Debido a la proximidad geográfica, estas personas tienen una mayor probabilidad de estar expuestas y/o infectadas. Por razones pragmáticas, también se pueden definir contactos cercanos como los residentes de las 5 a 10 casas que rodean la del caso índice (dependiendo de la densidad de viviendas locales).
- **Contacto social:** otras personas que han tenido un contacto prolongado con un caso índice y que no están clasificadas como contacto familiar o cercano. Estos pueden incluir amigos, parientes, personas que comparten el lugar de trabajo (por ejemplo, trabajadores de fábrica, colegas de oficina) o la escuela (estudiantes y profesores) o áreas de diversión (por ejemplo, un club deportivo).

**Nota:** Una persona cuya exposición con un paciente con lepra solo comienza después de que el paciente ha sido tratado durante cuatro semanas no se considera un contacto.

Todos los contactos, incluidos los contactos familiares, cercanos y sociales de un caso índice, deben figurar en una lista con sus datos. En el Anexo 1 se proporciona una muestra de dicho formato para registrar los contactos.

# 7 Seguimiento de contactos

---

Este es uno de los componentes importantes para identificar nuevos pacientes con lepra, así como para administrar la PPE. Los protocolos de seguimiento de contactos pueden usarse no solo para la búsqueda activa de casos de lepra, sino también para investigar otras enfermedades comunes en las que puede estar indicada la detección activa de casos, como tuberculosis (TB), pian, otras enfermedades de la piel o diabetes mellitus. Todo el personal involucrado en el seguimiento de contactos debe estar debidamente capacitado para sospechar lepra, tuberculosis u otros problemas de salud. Se pueden minimizar los riesgos de omitir contraindicaciones, mediante la aplicación de preguntas estándar e investigaciones adicionales en caso de duda.

## Enfoques para el seguimiento de contactos

- **Enfoque para los contactos en el hogar:** Cuando se detecta un caso índice, se registran y siguen todos los contactos del hogar. El seguimiento puede realizarse invitando a los contactos a presentarse en el establecimiento de salud, en una visita planeada o en otro momento; con o sin el caso índice. Alternativamente, un trabajador de la salud o un voluntario capacitado (hombre y mujer, según el contexto cultural) puede visitar la casa del caso índice. Si esta es la situación, es importante avisar con anticipación para que el máximo (idealmente todos) los miembros del hogar estén presentes durante la visita. Es importante, obtener el consentimiento del caso índice con anticipación para evitar que la visita en sí viole la confidencialidad al revelar el diagnóstico de lepra a familiares o vecinos. Es necesario sensibilizar y motivar a los miembros del hogar/familia para mejorar la cobertura de seguimiento y evaluación o cribado entre los contactos.
- **Enfoque en los contactos cercanos:** Esto generalmente requiere una o más visitas de un trabajador de la salud o un voluntario capacitado (hombre y mujer, según el contexto cultural). Dependiendo de la política del país, se puede incluir un número arbitrario de casas (por ejemplo, cinco) alrededor de la casa del caso índice o todas las casas dentro de un rango de por ejemplo 100 metros alrededor del hogar del caso índice. El número esperado de contactos con los vecinos es variable, típicamente entre 25 y 50 contactos (un promedio de 5 por hogar).

El seguimiento de contactos domésticos se puede realizar al mismo tiempo que el seguimiento de los contactos cercanos.

- **Enfoque en los contactos sociales:** En este enfoque, se siguen los contactos sociales. El seguimiento de los contactos sociales en su hogar garantiza la mejor manera de mantener la confidencialidad, pero a menudo implica una

logística compleja. Los miembros del hogar/de la familia sensibilizados pueden contribuir para registrar todos los contactos sociales. Excepcionalmente, también se pueden seguir en su lugar de trabajo, escuela u otro lugar conveniente. O se les podría invitar a que acudan al centro de salud.

- **Enfoque mixto:** Todos los contactos (familiares, contactos cercanos y sociales) están listados con su información. Se les puede invitar a presentarse en el establecimiento de salud en un momento conveniente o visitar sus casas u otro lugar conveniente. Se puede convocar a los miembros del hogar de manera conjunta. Los contactos cercanos pueden ser contactados casa por casa; mientras que los contactos sociales deben abordarse individualmente.

Es probable que el enfoque mixto produzca un mayor número de contactos seguidos. Debe tenerse en cuenta que maximizar la cobertura tanto para la detección activa de casos como para la PPE es primordial.

- **Enfoque general:** Se recomienda principalmente para poblaciones pequeñas y definidas con una carga de lepra relativamente alta. Los círculos de contactos se superponen tanto que es más práctico considerar a toda la comunidad como contactos de los casos índice. Una población definida puede aplicarse a un distrito, una isla, un área urbana específica (por ejemplo, un barrio con condiciones sociales y económicas específicas), una aldea o incluso un grupo más pequeño.
- **Enfoque de autoevaluación o auto cribado:** En este enfoque participativo, las personas afectadas y sus familias se inscriben y se registran como contactos. Se distribuyen a los contactos folletos que muestran los síntomas y signos de la lepra. Se les pide que se examinen a sí mismos (o que sean examinados por un familiar) y, si se sospecha de lepra, lo informen al establecimiento de salud para confirmar (o descartar) el diagnóstico. En este enfoque, se requiere mucha motivación por parte de los casos índice y los contactos.
- **Enfoque de campamento de piel:** Este enfoque ayuda a detectar nuevos casos y registrar sus contactos simultáneamente. En este enfoque, el campamento de piel se organiza en una zona endémica con el objetivo principal de detectar los casos de lepra y, en consecuencia, sus contactos. También se detectan y tratan otras enfermedades comunes de la piel.

### Situaciones especiales:

- **Seguimiento de contactos si el caso índice es un niño**

Si el caso índice es un niño que asiste a la escuela, revelar su diagnóstico y etiquetarlo como una causa de posible propagación a otros puede llevar a estigma y la discriminación. Aunque un niño puede pasar típicamente más de 20 horas a la semana en la escuela, no es aconsejable seguir a sus compañeros o maestros en la escuela. La única excepción sería si se planifica un programa de salud escolar regular o una campaña con examen físico. Esto podría ser

una oportunidad para investigar lepra en la escuela; de lo contrario, se puede informar al establecimiento de educación y vincular el programa de salud escolar o solicitar al director o al maestro que proporcionen las direcciones de los contactos del caso infantil. Los compañeros de clase y los maestros de un caso infantil deben ser localizados en sus hogares. Al visitar a la familia, la identidad del caso del niño índice no debe ser revelada al contacto ni a su familia. La visita domiciliaria es una oportunidad para llegar a todos los miembros de la familia del contacto. Los miembros del hogar o de la familia desempeñan un papel clave a la hora de dar su consentimiento para el examen y facilitan la realización de la evaluación de todos los miembros. Antes de la evaluación o cribado de los contactos, se debe asesorar adecuadamente a la familia del niño, sobre la lepra, pero también sobre las ventajas de la PPE.

- **Migrantes como contactos**

Si unas personas se mudan a una familia, una ciudad o incluso un país, pero no tienen antecedentes de exposición con un paciente de lepra, no deben considerarse contactos.

Para los migrantes, se debe explorar la historia de contacto de cada individuo cuando existe un caso índice en su lugar de origen.

Si estos individuos han estado en contacto con un caso índice más de 20 horas a la semana durante 3 meses en un año, pero ahora se han mudado, deben considerarse como un contacto. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para averiguar su paradero. Las autoridades de salud pública a cargo de la zona a la que han emigrado esas personas deben ser informadas y se debe realizar la búsqueda.

- **Muerte o migración de un caso índice**

Si un caso índice, que ha convivido con miembros de su familia o contactos sociales o cercanos, alrededor de 20 horas por semana durante 3 meses en un año y muere o migra, los contactos deben ser evaluados o cribados y recibir la SDR, si son elegible.

## **Tiempo y frecuencia del seguimiento de contactos**

El seguimiento de contactos puede realizarse lo antes posible después del diagnóstico, o periódicamente en un área geográfica definida o anualmente en una campaña especial o mediante una combinación de dichos enfoques. Es importante que se realicen esfuerzos para maximizar (idealmente apuntar al 100%) la cobertura.

El momento o la frecuencia del seguimiento de contactos y los enfoques utilizados dependerán de los factores operativos del programa, la infraestructura y el entorno geográfico de un país o ambiente en particular. Esto podría ser:

- Los contactos de cada caso nuevo se siguen poco después de que se diagnostica el caso índice (por ejemplo, en los programas donde la verificación de direcciones se realiza rutinariamente);
- Por cada caso después de cuatro semanas de iniciar el tratamiento de cada caso del índice;
- En oleadas, cuando hay suficientes casos índice diagnosticados;
- En oleadas, periódicamente (por ejemplo, cada 3, 6 o 12 meses) para todos los casos nuevos en los 3, 6 o 12 meses anteriores, así como en los casos índice identificados en los últimos cinco años;
- Cuando se subcontrata a trabajadores comunitarios si se ajusta a la programación y horarios definidos para esta labor.

El propósito es asegurar que el mayor número de contactos sean seguidos.

# 8

## Evaluación o cribado de contactos

---

La evaluación o cribado de los contactos se puede hacer en el centro de salud, en sus hogares o en un lugar designado. Se deben hacer esfuerzos para maximizar el número de contactos seguidos y evaluados. Las visitas de seguimiento pueden planificarse para garantizar la máxima cobertura. Los familiares de las personas afectadas por la lepra pueden ayudar a mejorar la cobertura de evaluación o cribado de contacto.

La evaluación o cribado son sinónimos de examinar a una persona en busca de signos y síntomas de lepra (con el propósito de detectar la lepra), examinar otras afecciones (por ejemplo, TB) o identificar otros criterios de exclusión para la PPE.

Antes de examinar al contacto, se debe establecer una buena relación y se debe brindar asesoramiento. A los contactos se les debe explicar las realidades acerca de la lepra (curabilidad, transmisión), la importancia de la detección temprana y la posibilidad (con limitación) de reducir el riesgo de desarrollar lepra a través de la PPE. El procedimiento de examen debe explicarse claramente. Debe obtenerse el consentimiento del contacto para el examen físico, así como para administrar la PPE según corresponda.

El examen físico del cuerpo debe realizarse de la cabeza a los pies con buena luz (preferiblemente de día) pero con pleno respeto por la privacidad. El contexto cultural debe ser respetado, requiriendo generalmente que los contactos femeninos sean examinados por mujeres y los contactos masculinos por hombres. Si el trabajador de la salud o el voluntario comunitario es del sexo opuesto, puede ser necesario explicarlo detenidamente y/o utilizar los servicios de un miembro del hogar/de la familia, hombre/mujer sensibilizado, o voluntario y dejar que esta persona realice el examen físico. Si esto no es posible, se puede dar una explicación para el autoexamen.

Se deben explorar antecedentes de hormigueo, entumecimiento de manos y pies, fiebre, tos, pérdida de apetito, pérdida de peso, náuseas, coloración amarilla de la orina o heces de color pálido. Se debe discutir la posibilidad de embarazo. Se debe observar si hay hinchazón debajo de los ojos o en la cara, coloración amarilla de los ojos, manchas hipopigmentadas o manchas sobre la piel. Si existe una mancha u hormigueo, se debe evaluar la presencia de anestesia sobre las manchas o las extremidades. Los contactos con lesiones sospechosas de lepra deben derivarse a un personal de salud capacitado para un examen confirmatorio de lepra.

Se debe tener cuidado de identificar lo siguiente:

- Persona con signos de lepra: lesiones cutáneas hipopigmentadas con pérdida de sensibilidad; deterioro o afectación de los nervios periféricos demostrado por a) pérdida definitiva de la sensibilidad o b) debilidad de manos/pies o cara o c) trastornos de la función autónoma como anhidrosis (piel seca) o d) presencia de deformidades visibles; Si alguno de estos está presente, o en caso de duda, remita a la persona para una investigación más profunda;
- Una persona que muestra signos y síntomas de TB: tos crónica (más de dos semanas), pérdida de apetito, pérdida de peso, aumento de temperatura al anochecer. Si alguno de estos síntomas está presente, refiera a la persona para una investigación adicional;
- Embarazo: esto podría confirmarse mediante el historial de menstruaciones (ausencia) o una prueba de embarazo positiva. Si tiene dudas y la persona es elegible para la PPE, refiera el caso para descartar un embarazo;
- Trastorno hepático: los primeros signos de afectación hepática son pérdida de apetito, pérdida de peso, náuseas, desagrado por fumar. Otros signos son coloración amarilla de la orina, coloración amarilla de los ojos (conjuntiva), heces de color pálido. Si alguno de estos está presente, consulte para una mayor investigación.
- Trastorno renal: los primeros signos de afectación renal son un patrón alternativo de oliguria (menos orina) y poliuria (orina excesiva), debilidad, aspecto terroso en la cara, edema debajo de los ojos o hinchazón en la cara, antecedentes de presión arterial alta. Remita el caso para una mayor investigación.

Si un contacto es evaluado o cribado, esto debe registrarse con la fecha junto al nombre del contacto. El resultado de la evaluación o cribado también debe registrarse.

# Seguimiento y evaluación de contactos



Organización Mundial de la Salud

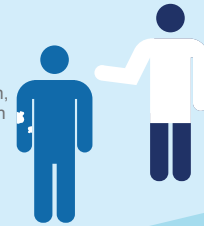
## 1 Identificación de caso(s) índice

Identificación de caso(s) índice, incluyendo la dirección\*, con número de teléfono móvil al momento del diagnóstico o del registro de tratamiento para los casos detectados anteriormente.



## 2 Asesoramiento del caso

Asesorar al caso sobre la enfermedad, su curabilidad, propagación, necesidad de evaluación de contactos y posible prevención.



## 4 Listado con la información de contactos

Listado con la información de contactos.\*



## 3 Consentimiento para la divulgación

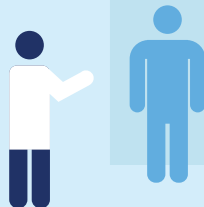
Consentimiento para la divulgación – Solicite el consentimiento del caso para la divulgación.

! Si no hay consentimiento, entonces ¡no hay examen de contactos



## 5 Localice los contactos

Visita domiciliaria o por invitación al centro de salud.



## 6 Asesoramiento a los contactos

Explique la importancia del seguimiento y el examen de los contactos para la detección temprana de casos adicionales de lepra y la posibilidad de proporcionar una Dosis Única de Rifampicina (SDR; en inglés, *Single Dose of Rifampicin*) para la prevención de la lepra.



## 8 Examen de los contactos

Realice un examen físico de los contactos y repítalo anualmente durante cinco años.



## 7 Fomentar el auto reporte

Fomente el auto reporte de los contactos que no pudieron ser examinados durante el examen, especialmente aquellos que pueden tener lesiones sospechosas de lepra.



\* Siempre que sea posible, se puede utilizar el Sistema de Posicionamiento Geográfico (GPS; en inglés, *Geographical Positioning System*).

La profilaxis posterior a la exposición para lepra se administra como quimioprofilaxis, es decir, se suministra un medicamento (rifampicina), solo una vez, a personas sanas para reducir el riesgo de desarrollar lepra. Es importante que el beneficiario proporcione su consentimiento antes de tomar el medicamento. Esto requiere que la persona esté adecuadamente informada sobre los beneficios (reducción de la probabilidad de contraer lepra), pero también sobre los efectos secundarios comunes (como decoloración de la orina), así como sobre reacciones adversas menos comunes o extremadamente raras.

La SDR deben administrarse a los contactos solo después de que el caso índice haya recibido tratamiento al menos durante cuatro semanas. La razón es que este es el tiempo necesario para que la mayoría de los pacientes no sean infecciosos. Por tanto, siempre existe una (pequeña) posibilidad de que se produzca una infección durante las primeras semanas de tratamiento del caso índice. Sin embargo, si se observa que la cobertura con SDR puede estar comprometida al retrasar la administración, podría darse antes.

Se debe tener cuidado de excluir la lepra, la tuberculosis y otras dolencias antes de la administración de la SDR. Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

- **Criterios de inclusión**

- Ser identificado como un contacto, es decir, una persona que ha estado en estrecho contacto con el caso índice 20 horas o más por semana durante más de 3 meses. La excepción es un enfoque general en el que no es necesario establecer ningún vínculo con un caso índice.
- Edad: más de 2 años; si es menor de 2 años, el niño puede recibir la SDR a la edad de 2 años, en visitas de seguimiento de contactos (si cumple con todos los demás criterios de inclusión).
- Consentimiento del contacto obtenido. Dependiendo de la situación del país, esto puede ser por escrito o un consentimiento verbal. En el caso de los niños, el consentimiento debe obtenerse del padre o tutor, y a veces un consentimiento de los niños más grandes.

- **Criterios de exclusión**

- Personas con posibles signos y/o síntomas de lepra;
- Personas con posibles signos y/o síntomas de tuberculosis o confirmados con tuberculosis.

- Personas con antecedentes de trastornos hepáticos o renales;
- Embarazo; la SDR se puede administrar después del parto;
- Personas que han recibido rifampicina en los últimos dos años, por ejemplo, como tratamiento de la tuberculosis, la lepra o como profilaxis (por ejemplo, contacto de otro caso índice);
- Personas con antecedentes de alergia a la rifampicina;
- Negación para tomar la SDR.

Los contactos con signos o síntomas de lepra deben derivarse para confirmar (o descartar) la lepra. En caso de confirmación del diagnóstico, se debe proporcionar un tratamiento completo con PQT. Luego, el paciente debe ser tratado como otro caso índice y sus contactos deben ser especificados según las pautas. En caso de que se descarte la lepra, se puede administrar quimioprofilaxis con la SDR (salvo que exista algún criterio de exclusión).

Los contactos con signos o síntomas de TB deben derivarse para confirmar (o descartar) TB. En caso de confirmación del diagnóstico de TB, se debe proporcionar un tratamiento completo. En caso de descartar tuberculosis u otras dolencias, se puede administrar quimioprofilaxis con SDR.

Surgieron preguntas y dudas sobre el posible riesgo de inducir resistencia a la rifampicina en caso de que se administre la SDR a una persona en la que quizás no se haya reconocido la tuberculosis activa. Los expertos en resistencia a los antibióticos, tuberculosis y lepra concluyeron que la SDR administrada a los contactos de pacientes con lepra, en ausencia de síntomas de tuberculosis activa, presentan un riesgo insignificante de generar resistencia a los medicamentos en el *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) en individuos y en el nivel poblacional. Los beneficios de la profilaxis con la SDR para reducir el riesgo de desarrollar lepra en los contactos de nuevos pacientes con lepra superan con creces los riesgos insignificantes de generar resistencia a los medicamentos en el *M. tuberculosis* (29).

La Tabla 1 proporciona la dosis recomendada para la SDR. La rifampicina se presenta generalmente en cápsulas de 300 mg o 150 mg. En el caso de los niños, se puede indicar jarabe de rifampicina. La dosis se basa generalmente en la edad y/o peso corporal.

**Tabla 1:** Dosis de rifampicina dada como SDR para la profilaxis de la lepra

Edad / peso corporal	Rifampicina dosis única
15 años y más	600 mg
10–14 años	450 mg
Niños de 6 a 9 años (peso $\geq$ 20 kg)	300 mg
Niños de 6 a 9 años (peso <20 kg)	150 mg
Niños de 2–5 años	10–15 mg/kg

La SDR como PPE es generalmente una intervención bien tolerada. Hasta el momento, no se ha informado de ningún evento adverso grave en ningún estudio de investigación o programa que implemente la PPE con la SDR. Sin embargo, los efectos secundarios y la posibilidad de eventos adversos (raros) deben explicarse adecuadamente a los receptores, monitorearse y seguirse. El efecto secundario más común de la rifampicina es la coloración roja de la orina, la saliva, las lágrimas o el sudor. Aunque es común, esto es transitorio y se elimina en cuatro a seis horas. Los posibles eventos adversos de la rifampicina incluyen fiebre, dolor corporal, debilidad (es decir, síndrome similar a la gripe) y, en raras ocasiones, ictericia. A los destinatarios de la SDR se les debe explicar claramente que, si notan o sienten cualquier tipo de signo o síntoma, además de la coloración inofensiva de la orina, deben comunicarse con el centro de salud más cercano.

# 10 Gestión de la cadena de suministro con respecto a la rifampicina

El componente crucial de la PPE que usa la SDR es tener suficiente reserva de rifampicina para poder ponerlo a disposición de las personas elegibles. Idealmente, el país debería desarrollar una política de adquisición de rifampicina para este propósito. Esto implica pronosticar las necesidades de medicamentos, la adquisición (a menos que sean donados), el almacenamiento y la distribución. Todos estos elementos se encuentran bajo la gestión de la cadena de suministros, que se puede atender de forma integrada (junto con PQT u otros medicamentos) o como un proyecto especial. El último enfoque puede ser más apropiado cuando hay solo unos pocos casos índice y contactos, mientras que el primer enfoque puede ser más costo efectivo y sostenible.

## 10.1 Estimación

En los programas de control de la lepra de varios países y proyectos de investigación, los casos detectados en años anteriores se contabilizaron como casos índice; sus contactos fueron seguidos y recibieron la SDR. Esta práctica se basó en el supuesto de que los casos detectados en años anteriores podrían haber infectado a sus contactos, quienes permanecen en una etapa subclínica o sin diagnosticar.

El país debe decidir la fecha a partir de la cual se inscribirán los casos índice para la PPE, por ejemplo, fecha de inicio del año de informe o incluir los años anteriores. Para el cálculo de las necesidades de rifampicina, debe determinarse el número de casos detectados (o que se prevé detectar) en un año. El número de casos detectados en el año anterior se puede considerar para estimar el número de casos que se detectarán en el año siguiente, con algunos ajustes a realizar si hay cambios en las condiciones operativas (como campañas activas de detección de casos). La estimación de las necesidades de rifampicina debe determinarse en tres pasos: (1) cálculo de las necesidades totales de dosis de rifampicina durante un año; (2) desagregación de las dosis totales de acuerdo con los requisitos por edades; y (3) finalización de la requisición que se definirá.

- **Paso 1: Calcular el requerimiento total**

Para calcular los requerimientos totales de dosis de rifampicina necesarias durante un año, se necesitarán los siguientes datos:

- Número de casos nuevos (índice) detectados en el área en un año (de notificación);

- El mayor número de contactos listados. Si no se conoce, se pueden considerar 40 contactos por caso índice. Esto significaría que, para cada caso índice, necesitaríamos rifampicina para tratar 40 contactos. Este es un número arbitrario que supone 5 contactos domésticos, 25 contactos de 5 casas vecinas y 10 contactos sociales. Este número puede modificarse según la estrategia de seguimiento de contactos y los datos más refinados disponibles, especialmente a nivel local.

El cálculo se puede hacer usando la siguiente fórmula:

$$\text{dosis totales de rifampicina requeridas} = \text{número de casos índice} \times \text{número de contactos por caso índice de}$$

Se proporciona un ejemplo en la Tabla 2.

**Tabla 2:** Cálculo de las necesidades de rifampicina para el próximo año, país “ABC”

Número de casos notificados en el año anterior	Número de contactos esperados por caso índice	Total de contactos esperados
[A]	[B]	[C] = [A] x [B]
847	40	33 880

Una situación especial es el enfoque general, en el que el número de personas elegibles se estima como la población total del área mayor de dos años. Si no se conoce esta cifra, se puede determinar (arbitrariamente) de la población total del área.

- **Stock de reserva**

Por lo general, no es posible administrar rifampicina a todos los contactos (o a toda la población): algunos pueden no ser seguidos, otros pueden negarse a recibir el medicamento o deben ser excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, es posible que no sea necesario agregar un stock de reserva. Una cobertura del 85% al 90% de la población objetivo se considera muy buena. Si el cálculo de las necesidades de rifampicina se realiza en base al 100%, el saldo del 10–15% puede considerarse como stock reserva.

- **Paso 2: calcular los requerimientos de rifampicina de acuerdo con la edad**

Una vez calculadas las dosis totales necesarias, se debe determinar el desglose por edad. Esto se puede hacer evaluando el porcentaje de la población en los diferentes grupos de edad en la comunidad, ya que los contactos se obtendrán de esa población. Para esto, se requieren los siguientes datos:

- % de población de adultos (15 años y más);
- % de población de niños (10–14 años);

- % de población de niños (6–9 años); por ejemplo, aproximadamente un tercio de ellos tendrá un peso corporal de  $\geq 20$  kg;
- % población de niños (2–5 años).

Los requerimientos por edad se pueden calcular con la siguiente fórmula:

$$\text{necesidades de rifampicina por el grupo de edad} = \frac{\% \text{ población del grupo de edad} \times \text{dosis requeridas}}{100}$$

En la Tabla 3 se proporciona un ejemplo de cálculo.

**Tabla 3:** requerimientos por edad para la SDR durante un año, país “ABC”

Grupo de edad	Porcentaje de población	Total de contactos esperados	Necesidades de rifampicina para el grupo de edad	
			Cálculo (fórmula)	Resultado
$\geq 15$ años	52%	33 880	$52 \times 33\,880 / 100$	17 618
10–14 años	12%	33 880	$12 \times 33\,880 / 100$	4 066
6–9 años ( $\geq 20$ kg)	5%	33 880	$5 \times 33\,880 / 100$	1 694
6–9 años ( $< 20$ kg)	10%	33 880	$10 \times 33\,880 / 100$	3 388
2–5 años*	10%	33 880	$10 \times 33\,880 / 100$	3 388

\* Como es posible que no se conozca la proporción en la población del grupo de edad de 2 a 5 años, la mitad de la proporción en la población del grupo de edad 0–5 años (21%) se utiliza en su lugar

- **Paso 3: cálculo de la requisición**

La rifampicina está disponible en cápsulas y tabletas de 300 mg y 150 mg.

La Tabla 4 muestra cómo se calculan las necesidades de medicamentos.

**Tabla 4:** Cálculo de las necesidades de rifampicina, por tipo de cápsula, un año, País “ABC”

Grupo de edad	Número de contactos	Cápsula	Número de cápsulas	Total de cápsulas por grupo de edad	Necesidades totales por cápsula		
					Cápsula de 150 mg	Cápsula de 300 mg	
	[A]		[B]	[C] = [A] x [B]			
$\geq 15$ años	17 618	300 mg	2	35 236		35 236	
10–14 años	4 066	300 mg	1	4 066		4 066	
	4 066	150 mg	1	4 066	4 066		
6–9 años ( $\geq 20$ kg)	1 694	300 mg	1	1 694		1 694	
6–9 años ( $< 20$ kg)	3 388	150 mg	1	3 388	3 388		
Total de cápsulas (exacto)						7 454	40 996
<b>Total de cápsulas (redondeado) (a ordenar)</b>						<b>8 000</b>	<b>41 000</b>

En el ejemplo anterior, el país “ABC” pediría 41 000 cápsulas de rifampicina de 300 mg y 8000 cápsulas de rifampicina de 150 mg. Aunque también se dispone de rifampicina inyectable, no debe utilizarse para la profilaxis.

La rifampicina también está disponible en forma de jarabe, que es la forma preferida para los niños más pequeños (2–5 años). Lo más conveniente para propósitos de quimioprofilaxis es usar frascos de 60 ml de 100 mg/5 ml.

## 10.2 Gestión del suministro de medicamentos

La cadena de distribución y suministro debe mantenerse como en otros medicamentos. La estimación se puede hacer para el requerimiento anual del área (distrito, región, provincia, país). La requisición y la distribución se puede hacer trimestralmente, dos o una vez al año, teniendo en cuenta la necesidad del área, la vida útil de la rifampicina, el modo (en oleadas o caso por caso), la distancia, la accesibilidad, la disponibilidad de transporte, el tiempo requerido para remitir el envío y el tiempo de viaje al destino.

Siguiendo las normas de buen almacenamiento, se debe tener cuidado de almacenar la rifampicina en un lugar fresco y seco, lejos de la luz solar directa y de los niños. El principio de “primero en expirar/primero en salir” (FEFO; en inglés, “first expiry/first out”) debe seguirse en el mantenimiento de la cadena de suministro.

# Profilaxis Posterior a la Exposición



Organización Mundial de la Salud

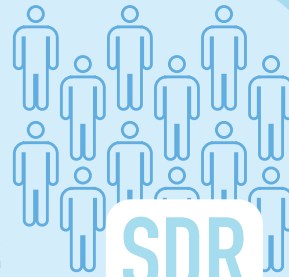
## CONTACTOS INDIVIDUALES



### 1 Asesoramiento para Enfermedades

Asesoramiento para Enfermedades - Después del consentimiento del caso para la divulgación, siga los mismos pasos que se dan en el cuadro "Seguimiento y evaluación de contactos"

**! Si no hay consentimiento, ¡entonces no suministre la Profilaxis Posterior a la Exposición (PPE) con la Dosis Única de Rifampicina (SDR)!**



SDR

### 2 Asesoramiento para la administración de la Dosis Única de Rifampicina (SDR)

Asesorar a los contactos o a la población del área con respecto a la seguridad, los efectos secundarios y la utilidad de la Dosis Única de Rifampicina (SDR).



## ENFOQUE GENERAL



### 1 Abogacía con las autoridades

Abogacía con las autoridades locales sanitarias o civiles (es posible que no se requiera el consentimiento del caso índice).



### 4 Realice verificaciones antes de la dosis

Descarte lepra activa o TB.

Verifique si hay alguna otra contraindicación para el suministro de la Dosis Única de Rifampicina (SDR) – Compromiso hepático o renal, edad menor de 2 años, embarazo.



### 3 Consentimiento para la administración de la dosis única de rifampicina (SDR)

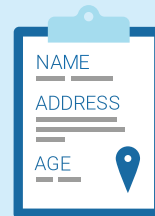
Solicitar el consentimiento del contacto o un miembro de la comunidad (en caso de un enfoque general) para el suministro de la Dosis Única de Rifampicina (SDR).

**! Si no hay consentimiento, ¡entonces no suministre la Dosis Única de Rifampicina (SDR)!**



### 5 Conservar registros

Nombre del registro, edad dirección\*, fecha y lugar de administración de la Dosis Única de Rifampicina (SDR) (si es elegible); si no es así, indique el motivo de la exclusión.



\* Siempre que sea posible, se puede utilizar el Sistema de Posicionamiento Geográfico (GPS; en inglés, *Geographical Positioning System*).

## 11.1 Mantenimiento de registros para el seguimiento de contactos y la PPE

El seguimiento de contactos y la implementación de la PPE deben ser componentes de rutina del programa nacional contra la lepra. Los registros deben conservarse y el mantenimiento de datos no debe ser demasiado laborioso y alinearse con el reporte y la presentación de datos de rutina.

Deben mantenerse los siguientes registros:

- **Tarjeta de tratamiento del paciente**

Esta tarjeta normalmente contiene toda la información relativa a un paciente de lepra. No es necesario desarrollar una “tarjeta de caso índice” independiente.

Con respecto al seguimiento de contactos, la *Tarjeta de tratamiento del paciente* debe contener la siguiente información: “Consentimiento proporcionado para el seguimiento de contactos:  SÍ /  NO”. Por supuesto, la dirección completa y el número de teléfono del paciente también deben mencionarse.

- **Lista de contactos o registro de contactos**

Aunque los contactos podrían mencionarse en la tarjeta de tratamiento del paciente, pueden ser demasiado numerosos para ser incluidos allí. Estrictamente hablando, la información relativa a los contactos no es para la gestión clínica del caso índice. Por lo tanto, es aconsejable introducir una lista de contactos (una lista por caso índice) o incluso un registro de contactos (una página por caso índice). En lugar de registro en papel, la lista o registro también se puede mantener electrónicamente con una buena copia de seguridad. El proyecto PEP-HANS en Brasil ha demostrado la fusión de datos de la PPE en su sistema de información habitual basado en la web (30).

Este registro será útil para reconocer datos relacionados con el seguimiento de contactos, la evaluación o cribado de contactos (incluida la derivación) y la administración de la PPE. Se pueden generar informes a partir de este registro. También se puede usar para el seguimiento después de la evaluación (cribado) o la administración de la SDR, por ejemplo, se puede hacer un seguimiento de cohorte. En el Anexo 1 se presenta una muestra del formulario (lista o registro).

La *lista de contactos* (o página en *Registro de contactos*) debe incluir los siguientes elementos:

- Caso índice: nombre y número de tratamiento (por ejemplo, 2020/32);
- Contacto: número de contacto, nombre, edad, sexo y tipo. El *número de contacto* puede ser el mismo que el número de tratamiento del caso del índice, seguido del número de serie de contacto (por ejemplo, 2020/32/01, 2020/32/02, etc.); con “tipo” significa: contacto en el hogar (“H”), cercano (“C”) o social (“S”).
- Fechas de seguimiento del contacto (dejar en blanco si no es rastreado);
- Consentimiento obtenido para la evaluación o cribado: marque si se realiza;
- Fecha de evaluación o cribado del contacto (dejar en blanco si no se evalúa o poner la razón de no realizar el cribado en la columna de comentarios, por ejemplo, debido a la ausencia de trabajadora de la salud);
- Consentimiento obtenido para la PPE: marque si se hace;
- Fecha de administración de la SDR (dejar en blanco si no se suministra); mencione la razón en la columna de comentarios
- Observación: información relevante, como negación, criterios de exclusión, etc.

## 11.2 Informes relacionados con el seguimiento de contactos y la PPE

La compilación, recopilación y notificación de datos relacionados con el seguimiento de contactos y la PPE, deben formar parte del sistema de notificación de rutina del programa nacional contra la lepra. Es posible que sea necesario revisar los formatos de registro y la presentación de informes del país para incluir la información relacionada con el seguimiento de contactos y la PPE.

La recopilación de datos relacionados con el seguimiento de contactos y la PPE debe realizarse al mismo nivel que en el que se recopilan otros informes de lepra. Normalmente, los informes de lepra se realizan trimestralmente, pero algunos países mantienen informes mensuales, mientras que otros países compilan informes de lepra una o dos veces al año. Pocos países exigen la notificación de la lepra en tiempo real. Se puede mantener la misma frecuencia para informar sobre el seguimiento de contactos y la PPE.

Si los reportes de lepra se preparan al nivel de establecimiento de salud, entonces el informe sobre el seguimiento de contactos y la PPE también debe compilarse en ese nivel. Sin embargo, si los reportes se generan a nivel de distrito, los informes sobre el seguimiento de contactos y la PPE se pueden generar allí. Los informes agregados pueden enviarse como informes en papel o electrónicamente a través del canal de reportes existente en el país. Idealmente, deberían preverse a partir de un breve comentario narrativo.

Si el registro de lepra se realiza electrónicamente y se basa en casos, entonces la información adicional relacionada con el seguimiento de contactos y la PPE debe agregarse a la información del caso índice, mientras que se debe diseñar un mecanismo separado para el enfoque general.

Los siguientes indicadores son útiles para dar sentido a la utilidad de los componentes del seguimiento de contactos y la PPE del programa nacional de lepra:

- Número de casos índice inscritos durante el período (mes/trimestre/año): [A]
- Número de contactos registrados de estos casos índice: [B]
  - Número de contactos domésticos: [B<sub>1</sub>]
  - Número de contactos cercanos: [B<sub>2</sub>]
  - Número de contactos sociales: [B<sub>3</sub>]
- Número promedio de contactos por caso índice: [C] = [B] / [A] (Referencia: ~40)
- Número de contactos evaluados o cribados: [D]
- Proporción de contactos evaluados o cribados: [E] = [D] / [B]
- Número de contactos que han recibido SDR: [F]
- Proporción de contactos que han recibido SDR: [G] = [F] / [B]
- Número de casos de lepra detectados entre los contactos evaluados o cribados: [H]
- Proporción de casos de lepra detectados entre los contactos = [H] / [B]

# 12 Implementación del seguimiento de contactos y la PPE

## 12.1 Preparación a nivel nacional

Para la implementación exitosa del seguimiento de contactos y/o la PPE (usando SDR), se requerirá una preparación considerable. Esto incluirá:

- Adaptación de este documento de orientación técnica al contexto nacional (y subnacional). Los formatos de registro y presentación de informes deberán adaptarse: tarjeta de tratamiento del paciente, lista o registro de contactos, hoja de derivación. Esto se puede hacer formando un grupo de trabajo/equipo o asignando este trabajo a un grupo de personas.
- Las directrices, los formatos de registro y presentación de informes específicos del país deben imprimirse y distribuirse (alternativamente, pueden estar disponibles en línea). También puede ser necesario traducir los documentos a los idiomas locales antes de imprimirlos y distribuirlos.
- El seguimiento de contactos y la PPE son principalmente intervenciones de salud pública, incluso si están vinculadas a pacientes individuales. Por lo tanto, es importante que tanto los formuladores de políticas como la comunidad estén informados sobre ellos y de acuerdo con estas estrategias. Se debe emprender la promoción de las estrategias, especialmente si las dos intervenciones son nuevas en el país o en el nivel subnacional. También será necesario identificar un presupuesto (para promoción, capacitación e implementación).
- Una vez hay acuerdo a nivel de políticas, es necesario identificar a los actores para implementar las intervenciones. La responsabilidad principal recae en los proveedores de servicios de salud, pero puede ser necesario involucrar a otras partes interesadas, por ejemplo, organizaciones no gubernamentales (ONG), personas afectadas por la lepra, organizaciones de base comunitaria, voluntarios de salud comunitaria, líderes religiosos, maestros. A nivel nacional, los representantes clave de estas partes interesadas pueden reunirse en un taller nacional para obtener su apoyo. También se les debe informar que la PPE con SDR reduce significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad.

- Para desarrollar la capacidad de seguimiento de contactos y/o la PPE, se debe organizar un entrenamiento de capacitadores a nivel nacional para que puedan participar en la capacitación en cascada del personal de salud y los voluntarios en los niveles inferiores. Esto también puede integrarse en otros entrenamientos.
- Obtener rifampicina con fines profilácticos, mediante donación o adquisición. Si se adquiere, se debe seguir la política del país, lo que podría significar adquisiciones centrales o locales. Si se obtiene a través de una donación o se adquiere de manera centralizada, puede ser más eficiente organizar la distribución junto con los suministros regulares de PQT. Esto requiere una planificación detallada.
- Para informar a la comunidad en general acerca de los beneficios del seguimiento de contactos y/o de la PPE, es necesario desarrollar y difundir materiales de IEC apropiados.
- El plan nacional (anual) contra la lepra debería incorporar el seguimiento de contactos y/o la PPE; esto sería preferible al desarrollo de un plan independiente para estas intervenciones. Debería ser posible monitorear el progreso general en la implementación del seguimiento de contactos y/o la PPE como parte de las actividades de control de la lepra.

## 12.2 Preparación a nivel intermedio

Las actividades preparatorias para implementar el seguimiento de contactos y/o la PPE en el nivel intermedio (estado, provincia, región) serán diferentes de un país a otro, pero pueden incluir lo siguiente:

- Se puede invitar a representantes de diferentes partes interesadas (directores de programas, médicos, personal de salud, políticos, socios, personas afectadas por la lepra, ONG específicas, líderes locales, etc.) a una reunión celebrada en el nivel intermedio. En esta reunión o taller, se pueden explicar los detalles del seguimiento de contactos y/o la PPE para que todos los interesados comprendan los beneficios para la comunidad y estén convencidos de apoyarlos. También se les debe informar que la PPE con SDR reduce significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- Para desarrollar las capacidades para llevar a cabo el seguimiento de contactos y/o la PPE, se debe organizar un entrenamiento formal de capacitadores identificados en el nivel intermedio, utilizando a personas entrenadas centralmente como recursos clave. Los individuos capacitados en el nivel intermedio pueden participar en los entrenamientos subsecuentes de los niveles periféricos.

- Se deben definir las funciones y responsabilidades del personal de salud y los voluntarios de salud de la comunidad para las diferentes acciones y para planificar las capacitaciones subsecuentes.
- Si la rifampicina se va a adquirir en el nivel intermedio, debe hacerse de acuerdo con las políticas vigentes.
- La comunidad en general necesita estar informada sobre los beneficios del seguimiento de contactos y/o la PPE como intervenciones de salud pública. Se deben incorporar mensajes apropiados al desarrollar materiales de IEC a nivel intermedio.
- El plan (anual) contra la lepra para el nivel intermedio debe incluir las actividades necesarias para implementar el seguimiento de contactos y/o la PPE: capacitación del personal, obtención y distribución de rifampicina (idealmente junto con la PQT), planificación del seguimiento de contactos y supervisión. Es preferible tener el seguimiento de contactos y/o la PPE integrados en un plan regular de control de la lepra (o incluso de control de enfermedades o de salud) que desarrollar un plan independiente para este propósito. Debería ser posible monitorizar el progreso general en la implementación del seguimiento de contactos y/o la PPE como parte de las actividades de control de la lepra.

### 12.3 Preparación a nivel periférico

Las actividades preparatorias para implementar el seguimiento de contactos y/o la PPE a nivel periférico (distrito o sub-distrito, comunidad) diferirán de un país a otro, o incluso dentro de los países.

Pueden incluir lo siguiente:

- Se puede invitar a una reunión a nivel de distrito a representantes de diferentes partes interesadas (directores de programas, médicos, personal sanitario, políticos locales, socios, personas afectadas por la lepra, ONG específicas, líderes locales, líderes religiosos, etc.). En esta reunión o taller, se pueden explicar los detalles del seguimiento de contactos y/o la PPE para que todas las partes interesadas comprendan los beneficios para la comunidad y para el paciente individual y estén convencidas de brindar apoyo para la implementación. También se les debe informar que la PPE con SDR reduce significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- Se deben explicar las funciones y responsabilidades en la implementación del seguimiento de contactos y/o la PPE por parte de médicos, personal de salud y voluntarios de salud de la comunidad.

- Para desarrollar las capacidades para el seguimiento de contactos y/o la PPE, se debe organizar una capacitación u orientación del personal de salud periférico y los voluntarios de salud de la comunidad (generalmente a nivel de distrito o sub-distrito), utilizando a los capacitadores de nivel intermedio como recursos clave.
- La adquisición de medicamentos se realiza generalmente a un nivel superior. En caso de que la rifampicina se obtenga a nivel periférico, debe hacerse de acuerdo con las políticas vigentes.
- La comunidad en general necesita estar informada sobre los beneficios del seguimiento de contactos y/o la PPE. También se debe informar a la comunidad que la PPE con SDR reduce significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad. La promoción local y las actividades de IEC deben llevarse a cabo periódicamente (en caso de seguimiento de contactos o PPE durante todo el año) o pocas semanas antes de la efectiva implementación (en caso de que las actividades se lleven a cabo en forma de campaña). Esto es para maximizar la cobertura.
- El plan (anual) contra la lepra a nivel de distrito/comunidad debe incluir las actividades necesarias para implementar el seguimiento de contactos y/o la PPE: promoción local, capacitación u orientación del personal y voluntarios, obtención y distribución de rifampicina (idealmente junto con los medicamentos de la PQT), identificación de un sistema de derivación, planificación para el seguimiento, monitoreo y supervisión de contactos.
- Es preferible tener el seguimiento de contactos y la PPE integrados en un plan regular de control de la lepra (o incluso de control de enfermedades o de salud) para el distrito que desarrollar un plan independiente para este propósito. Debería ser posible monitorizar el progreso general en la implementación del seguimiento de contactos y/o la PPE como parte de las actividades de control de la lepra.
- Cualquier actividad adicional por decidir a nivel local.

# 13 Monitoreo y supervisión

El monitoreo y la supervisión se tratan principalmente juntos, ya que ambos son herramientas de gestión de programas, destinadas a realizar un seguimiento del progreso en la ejecución de las actividades planificadas o evaluar el desempeño del programa o proyecto.

El monitoreo consiste en evaluar el flujo continuo de información hacia arriba y hacia abajo en la cadena del programa, y a través de informes de progreso (periódicos o ad-hoc), a otras unidades y más allá. Se basa en un conjunto de indicadores fundamentados en objetivos planificados (SMART<sup>2</sup>). Solo deben utilizarse indicadores que puedan recopilarse con relativa facilidad. La información que se genera a través del monitoreo se utiliza en todos los niveles de gestión (nacional y subnacional) para evaluar el progreso, identificar problemas y establecer medidas correctivas (1).

El propósito de la supervisión, por otro lado, es asegurar y mejorar la calidad de los servicios. Se centra en evaluar y mejorar el desempeño del personal. La supervisión de apoyo fomenta el progreso a través de un espíritu de colaboración al establecer estándares, identificar y resolver problemas, detectar necesidades y brindar oportunidades de desarrollo. Se puede encontrar más información sobre monitoreo y supervisión en la *Guía de monitoreo y evaluación de la Estrategia mundial contra la lepra 2016–2020* de OMS (1).

Este capítulo se centra en los elementos de monitoreo y supervisión relevantes para el seguimiento de contactos y la PPE. En realidad, esto puede llevarse a cabo como parte de la evaluación general del programa de lepra o incluso de las actividades de extensión comunitaria en las intervenciones de salud pública.

El monitoreo de la implementación de las actividades planificadas y la supervisión del desempeño del personal de salud y los voluntarios de salud de la comunidad se pueden realizar a través de la observación y con una lista de verificación. Se pueden utilizar las siguientes listas de verificación.

- **Lista de verificación para la inscripción de casos índice**
  - Los casos índice identificados coinciden con los casos registrados en el registro de tratamiento.
  - Todos los casos índice han sido asesorados sobre los hechos básicos de la lepra, así como sobre los beneficios del seguimiento de contactos y la PPE.

2 Objetivos SMART: específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos determinados

Se pueden entrevistar muestras de casos índice para comprobar sus conocimientos. Se puede observar una muestra de sesiones de asesoramiento para determinar la calidad. Si el conocimiento del caso índice es insatisfactorio, o la calidad del asesoramiento no está a la altura, el supervisor puede demostrarlo al trabajador de salud.

- **Lista de verificación para la lista de contactos y el seguimiento de contactos**

- Se obtiene el consentimiento de los casos índice sobre la divulgación de su enfermedad durante el seguimiento de contactos. Esto implica que el caso índice también está de acuerdo en que se lleve a cabo el seguimiento de contactos.

Los casos índice pueden haber acordado revelar “parcialmente” su enfermedad, por ejemplo, a los contactos del hogar, pero no a los vecinos o contactos sociales. Esto se puede cotejar con una muestra de casos índice.

- La lista de contactos es lo más completa posible. Los nombres y otros detalles de los contactos se registran correctamente en el formulario/registro de contacto.

Los contactos del hogar y cercanos pueden confirmarse durante una visita domiciliar a la casa del caso índice. Generalmente, no es posible verificar todos los contactos sociales que están registrados.

- El trabajador de la salud designado o el voluntario de salud de la comunidad han realizado visitas a los contactos registrados.

Esto podría verificarse visitando las casas de unos pocos contactos registrados. Al visitar los contactos, es necesario comprobar los siguientes puntos:

- Los detalles de los contactos se registran correctamente
- Se realiza asesoramiento relacionado con la posible transmisión y prevención de la enfermedad.

- **Lista de verificación para la evaluación o cribado de contactos**

- La importancia y los pasos de la evaluación o cribado de contactos se han explicado adecuadamente a los contactos y el contacto proporcionó el consentimiento para la evaluación o cribado (examen físico). Esto se puede verificar entrevistando a algunos contactos.

- La evaluación o cribado del contacto se realizó correctamente, se pudo observar la evaluación (cribado) o el supervisor puede solicitar al contacto que describa cómo se realizó la evaluación o cribado. Esto es preferible que someter al contacto a un nuevo examen físico.

- Se ha realizado una derivación, si la hubiera, se le dio seguimiento.

- Contactos que se reportaron por sí mismos después de la evaluación o cribado están registrados.

- **Lista de verificación para la PPE**

- Los contactos fueron adecuadamente asesorados sobre los beneficios y limitaciones (eficacia limitada, pero también posibles efectos secundarios) de la PPE con SDR.
- En caso de que se proporcione la SDR, se dispone de pruebas que den cuenta de la verificación de los criterios de exclusión.
- En caso de que no se proporcione la SDR, se dispone de pruebas que den cuenta de la verificación de los criterios de inclusión.

Los criterios anteriores se pueden determinar entrevistando una muestra de contactos u observando los procedimientos.

En caso de negación de la PPE, el supervisor debe realizar esfuerzos para convencer al contacto para la aceptación de la PPE.

- **Lista de verificación para el manejo de medicamentos**

- La disponibilidad de rifampicina (en diferentes dosis) es adecuada según la necesidad prevista de la zona/campaña.
- La requisición para rifampicina se hace oportunamente.
- El almacenamiento de rifampicina se realiza según las directrices estándar.
- Fecha de caducidad debe comprobarse. Se cumple el principio “primero en expirar/primero en salir”.

- **Monitoreo de registros e informes**

- La tarjeta de tratamiento del paciente, la lista de contactos o el registro están completos y conservados adecuadamente.
- El registro de existencias/consumos (tarjeta de depósito) o el registro de medicamentos se mantienen correctamente.
- Los informes se recolectan correctamente.
- Los informes se envían oportunamente al siguiente nivel.
- Se reciben comentarios, si los hay y si es necesario, se toman medidas en consecuencia.

Los siguientes indicadores se pueden utilizar para evaluar la implementación de la evaluación o cribado de contactos y/o la PPE. Los indicadores pueden ser recogidos mensual, trimestral o anualmente para un área determinada y luego ser agregados en un nivel superior.

- Número de casos índice inscritos durante el período (mes, trimestre, año) [A]

- Número de contactos enumerados en estos casos índice [B]
- Promedio de contactos por caso índice [C] = [B] / [A]. Referencia: ~40
- Número de contactos evaluados o cribados [D]
- Proporción de contactos evaluados o cribados [E] = [D] / [B] x 100 (%)
- Número de contactos que recibieron SDR [F]
- Proporción de contactos que recibieron SDR [G] = [F] / [B] x 100 (%)
- Número de casos de lepra detectados entre los contactos durante el período [H]
- Número total de casos de lepra detectados durante el período [I]
- Proporción de casos de lepra detectados como parte del seguimiento de contactos [J] = [H] / [I] x 100 (%)
- Tasa de detección de casos de lepra entre los contactos registrados = [H] / [B] x 1 millón

Los indicadores descritos anteriormente pueden haber sido recopilados como parte de la implementación rutinaria del seguimiento de contactos y la PPE. Si estos datos están disponibles, el supervisor puede comparar sus hallazgos con lo que se recopiló/reportó y evaluar de esta manera la calidad de los informes de rutina.

# 14 Información, educación y comunicación

---

Información, educación y comunicación – también conocido con su abreviatura “IEC” – es un componente muy importante en cualquier programa de salud pública. Una comunidad informada fomentará la demanda de servicios, mientras que un paciente o persona afectada que esté bien informada y haya entendido los elementos básicos de la lepra será más colaboradora y perceptiva.

Junto con otras actividades de IEC, mensajes simples como *“Ahora la lepra se puede prevenir”*, *“ahora el riesgo de desarrollar lepra se puede reducir significativamente”* o *“una sola dosis de rifampicina puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar lepra”*, etc. deben destacarse. Dichos mensajes deben ser expresados en un idioma entendido por los beneficiarios. Se debe evitar un lenguaje médico complejo. Estos mensajes darán esperanza a los pacientes, a sus familiares, a los contactos y a la comunidad en general.

# Referencias

- (1) World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, Global Leprosy Programme. Global Leprosy Strategy 2016–2020: Monitoring and Evaluation Guide. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290225492-2>)
- (2) Moet FJ, Pahan D, Schuring *et al.* Physical Distance, Genetic Relationship, Age, and Leprosy Classification Are Independent Risk Factors for Leprosy in Contacts of Patients with Leprosy. *The Journal of Infectious Diseases* 2006; 193:346–53
- (3) Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1999; 67:119-128.
- (4) Bakker MI, Hatta M, Kwenang A *et al.* Prevention of leprosy using rifampicin as chemoprophylaxis. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 72(4): 443-8
- (5) World Health Organization. Global leprosy update, 2018: Moving towards a leprosy-free world. *Wkly Epidemiol Rec* 2019, 94, 389-412
- (6) Fine PEM, Sterne JAC, Ponnighaus JM *et al.* Household and Dwelling Contact as Risk Factors for Leprosy in Northern Malawi. *Am J Epidemiol* (146), 1, 91-102
- (7) Dabrera TME, Tillekeratne LG, Fernando MSN *et al.* Prevalence and Correlates of Leprosy in a High-Risk Community Setting in Sri Lanka. 2016. *Asia Pac J Pub Hlth* (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539516666360>)
- (8) Butlin CR, Nicholls P, Bowers B *et al.* Household contact examinations: outcome of routine surveillance of cohorts in Bangladesh, *Lep Rev* 2019; 90 (3): 290-304
- (9) Ortuno-Gutierrez *et al.* Clustering of leprosy beyond the household level in a highly endemic setting on the Comoros, an observational study. *BMC Infectious Diseases* (2019) 19:501 <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4116-y>
- (10) World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016–2020 “Accelerating towards a leprosy-free world”. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290225096>)
- (11) Cartel JL, Chanteau S, Boutin JP *et al.* Implementation of chemoprophylaxis of leprosy in the Southern Marquesas with a single dose of 25 mg per kg rifampin. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1989; 57 (4): 810-6.
- (12) Cartel JL, Chanteau S, Moulia-Pelat JP *et al.* Chemoprophylaxis of leprosy with a single dose of 25 mg per kg rifampin in the southern Marquesas; results after four years. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1992; 60(3): 416-20.
- (13) Nguyen LN, Cartel JL, Grosset JH. Chemoprophylaxis of leprosy in the southern Marquesas with a single 25 mg/kg dose of rifampicin. Results after 10 years. *Lep Rev* 2000; 71 Suppl: S33-5; discussion S5-6.
- (14) Richardus JH, Oskam L. Protecting people against leprosy: Chemoprophylaxis and immunoprophylaxis. *Clinics in Dermatology* (2015) 33, 19-25
- (15) Bakker MI, Hatta M, Kwenang A *et al.* Prevention of leprosy using rifampicin as chemoprophylaxis. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 72(4): 443-8
- (16) Moet FJ, Oskam L, Faber R *et al.* A study on transmission and a trial of chemoprophylaxis in contacts of leprosy patients: design, methodology and recruitment findings of COLEP. *Lep Rev* 2004; 75(4): 376-88
- (17) Moet FJ, Pahan D, Oskam L *et al.* Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336 (7647): 761-4

- (18) Smith CM, Smith WC. Chemoprophylaxis is effective in the prevention of leprosy in endemic countries: a systematic review and meta-analysis. MILEP2 Study Group. *Mucosal Immunology of Leprosy. J Infect* 2000; 41: 137-142.
- (19) World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. World Health Organization (2018) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290226383>)
- (20) Feenstra SG, Nahar Q, Pahan D et al. Acceptability of chemoprophylaxis for household contacts of leprosy patients in Bangladesh: a qualitative study: *Lepr Rev* (2011) 82, 178–187
- (21) Tiwari A, Dandel S, Djupuri R et al. Population-wide administration of single dose rifampicin for leprosy prevention in isolated communities: A three year follow-up feasibility study in Indonesia. *BMC Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3233-3>
- (22) Apte H, Chitale M, Das S et al. Acceptability of contact screening and single dose rifampicin as chemoprophylaxis for leprosy in Dadra and Nagar Haveli, India. *Leprosy Review* 2019; 90(1): 31-45.
- (23) Da Cortela DCB, Ferreira SMB, Virmond MCL et al. Acceptability of chemoprophylaxis in an endemic area for leprosy: The PEP-HANS Brazil Project. *Cadernos de Saude Publica*. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068719>
- (24) Steinmann P, Cavaliero A, Aerts A et al. The Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: update and interim analysis. *Lepr Rev* 2018; 8 9; 102-116.
- (25) Tiwari A, Blok DJ, Arif M et al. Leprosy post-exposure prophylaxis in the Indian health system: A cost-effectiveness analysis. *PLoS Negl Trop Dis* 14(8): e0008521. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008521>
- (26) Counselling skills for managers (online, available at <https://slideplayer.com/slide/1489353/>) (accessed on 2 June 2020)
- (27) Toolkits: Guides on Stigma and Mental Wellbeing, guide 2 (online, available at <https://www.infontd.org/toolkits/stigma-guides/guide-2-how-reduce-impact-stigma/1-undetected-disease>) (accessed on 20 June 2020)
- (28) World Health Organization. eModule\_3\_Counselling for leprosy (online, available at <http://searo.labs.enablingdimensions.com/mod/scorm/player.php>) (accessed on 20 June 2020)
- (29) Mieras L, Anthony R, van Brakel W et al. Negligible risk of inducing resistance in *Mycobacterium tuberculosis* with single-dose rifampicin as post-exposure prophylaxis for leprosy. *Infect Dis Poverty* 2016; 5(46).
- (30) Marques GN, Ignotti E, di Franco Schiavon S et al. A Health Information System to Assist Information Management of Leprosy Post-Exposure Prophylaxis in the Brazilian pilot project: Background and trends. March 2020 Online, Available at <https://bit.ly/3lbHXG2> Accessed on 6 July 2020.

# Annexes

# Anexo 1: Lista/Registro de contactos

Caso índice Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Reg. No.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tipo de enfermedad:  MB  PB Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_

## Contactos

No.	Nombre	Teléfono	Edad	Sexo		Tipo			Aconsejado		Consentimiento obtenido		Fecha de evaluación o cribado	Fecha de suministro de la SDR	Observación
				M	F	Hogar	Cercano	Social	Evaluación o cribado	SDR	Evaluación o cribado	SDR			
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

No.	Nombre	Teléfono	Edad	Sexo		Tipo			Aconsejado		Consentimiento obtenido		Fecha de evaluación o cribado	Fecha de suministro de la SDR	Observación
				M	F	Hogar	Cercano	Social	Evaluación o cribado	SDR	Evaluación o cribado	SDR			
17				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
27				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
28				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
29				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
31				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
32				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
33				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
34				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
35				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
36				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
37				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
38				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
39				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Anexo 2: Consentimiento del caso índice

(para ser informado por el consejero/oficial médico/trabajador de la salud)

*“La lepra, como muchas otras enfermedades infecciosas, – es una enfermedad causada por un germen. Si no se trata, puede conducir a discapacidad y desfiguración. La lepra es curable con un curso completo de poliquimioterapia (PQT).*

*Por lo general, la lepra se transmite al estar en estrecho contacto con un paciente no tratado. Cuando el paciente estornuda o tose, los gérmenes se propagan en el aire que luego puede ser inhalado por otra persona. La mayoría de las personas tienen inmunidad natural, pero algunas pueden desarrollar – a menudo después de muchos años – lepra.*

*Después de iniciar el tratamiento con PQT, usted será curado.*

*Pero aquellos que están o han estado durante más tiempo en estrecho contacto con usted, por ejemplo, sus familiares, vecinos, colegas, etc. (20 horas a la semana, 3 meses al año) también pueden haber sido infectados. La Rifampicina es un medicamento eficaz para eliminar gérmenes en el cuerpo antes de que se desarrolle la enfermedad. La investigación ha demostrado y la OMS recomienda que la dosis única de rifampicina (SDR), si se administra a los contactos (que pueden tener gérmenes en su cuerpo, pero no muestran signos o síntomas), puede impedir que desarrollen la lepra.*

*Con base en estos hechos, recomendamos examinar a sus contactos en busca de signos y síntomas de lepra. Si no presentan signos o síntomas, se les puede administrar rifampicina para evitar que desarrollen lepra. Una sola dosis de rifampicina es suficiente para prevenir la lepra.*

*Ahora, desde que comenzó el tratamiento, ya no será infeccioso y se curará. Pero para prevenir la lepra en su familia, vecinos, compañeros o amigos, ¿está de acuerdo en que les digamos que tienes lepra para que podamos examinarlos también y ofrecerles rifampicina?*

*Si está de acuerdo, firme este formulario para indicar que está conforme con que divulguemos que tiene lepra y que podemos seguir a sus contactos.*

*Si no está de acuerdo, respetaremos su decisión también.”*

Estoy de acuerdo en se revele mi identidad para:

mis familiares

otras personas que viven en mi casa

mis vecinos

mis colegas/amigos/otros

**Caso índice** Reg. No. \_\_\_\_\_ **Counsellor / medical officer / health worker**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

(en caso de menor) Tutor: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 3: Consentimiento del contacto

(para ser informado por el consejero/oficial médico/trabajador de la salud)

*“La lepra, como muchas otras enfermedades infecciosas, – es una enfermedad causada por un germen. Si no se trata, puede conducir a discapacidad y desfiguración. La lepra es curable con un curso completo de poliquimioterapia (PQT).*

*Por lo general, la lepra se transmite al estar en estrecho contacto con un paciente no tratado. Cuando el paciente estornuda o tose, los gérmenes se propagan en el aire que luego puede ser inhalado por otra persona. La mayoría de las personas tienen inmunidad natural, pero algunas pueden desarrollar – a menudo después de muchos años – lepra.*

*Dado que vive en un área endémica o ha pasado mucho tiempo con un paciente, es posible que se haya infectado. En caso de que esté infectado – y actualmente no hay una prueba para confirmarlo –, existe la posibilidad de que también desarrolle lepra, incluso después de muchos años.*

*Uno de los medicamentos llamados rifampicina es un medicamento eficaz para eliminar los gérmenes en el cuerpo antes de que se desarrolle la lepra. Le ofrecemos rifampicina para prevenir la lepra. En una dosis única, una sola vez. Reduce la posibilidad de que desarrolle lepra en más del 50%. Sin embargo, antes de eso, necesitaremos examinar su cuerpo para descartar lepra y también hacerle algunas preguntas para averiguar si tiene contraindicaciones para el suministro de la rifampicina.*

*La rifampicina administrada en dosis única es muy segura. Solo provoca una coloración roja de la orina, que desaparece después de unas horas. Pueden ocurrir otros eventos adversos como malestar estomacal, síntomas similares a los de la gripe o incluso ictericia, pero estos ocurren muy raramente. En ese caso, debe informar de inmediato al centro de salud más cercano donde se le brindará el tratamiento adecuado.*

*Si está de acuerdo en que lo examinemos para detectar signos o síntomas de lepra y le ofrezcamos rifampicina para prevenir la lepra, firme este formulario.*

*Si no está de acuerdo, respetaremos su decisión también.”*

- Estoy de acuerdo:  en ser examinado en busca de signos y síntomas de la lepra  
 en tomar rifampicina en una sola dosis para reducir la posibilidad de contraer lepra (si se determina que soy elegible para esta intervención)

**Contacto** Reg. no. \_\_\_\_\_ **Consejero/oficial médico/trabajador de la salud**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

(en caso de menor) Tutor: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*“Para reducir la detección de casos entre los contactos con lepra desde el punto A al punto B, los programas pueden optar por tratar a 100 contactos con lepra y nadie con quimioprofilaxis o proporcionar quimioprofilaxis a todos los contactos y tratar solo a 43 pacientes con lepra”. La última opción es la más obvia para muchos programas.*

Este documento proporciona orientación sobre **cómo** implementar la evaluación o cribado de contactos y la quimioprofilaxis con rifampicina en dosis única. Los contenidos están ordenados lógicamente: asesoramiento y obtención de consentimiento, identificación y registro de casos índice, registro de contactos, seguimiento de contactos, evaluación o cribado de contactos, administración de medicamentos profilácticos.

También se indican aspectos gerenciales para llevar a cabo la evaluación o cribado de contactos y la quimioprofilaxis, incluida la planificación, capacitación, supervisión y manejo de medicamentos.

