



GACETA OFICIAL

DIGITAL

Año CXIII

Panamá, R. de Panamá viernes 31 de mayo de 2019

Nº 28786

CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 408
(De miércoles 22 de mayo de 2019)

QUE ADOPTA LA GUÍA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON LEPROZA.

CAJA DE AHORROS

Resolución JD N° 03-2019
(De viernes 08 de marzo de 2019)

POR LA CUAL SE DEJA SIN EFECTO LA RESOLUCIÓN DE JUNTA DIRECTIVA JD NO. 03-2017 DE 15 DE FEBRERO DE 2017 "POR EL CUAL SE ADOPTA EL REGLAMENTO DEL COMITÉ DE CRÉDITO EJECUTIVO PARA LA BANCA CORPORATIVA DE CAJA DE AHORROS" Y SE APRUEBA EL PROCESO PARA APROBACIÓN Y REVISIÓN DE CRÉDITOS CORPORATIVOS HASTA B/.100,000.00.

Resolución JD N° 14-2019
(De lunes 13 de mayo de 2019)

POR LA CUAL SE ADOPTA EL NUEVO REGLAMENTO INTERNO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA DE AHORROS Y SE ADOPTAN OTRAS DISPOSICIONES.

CONSEJO MUNICIPAL DE LAS TABLAS / LOS SANTOS

Acuerdo Municipal N° 31
(De jueves 11 de abril de 2019)

POR EL CUAL SE APRUEBA LA ADJUDICACIÓN DE UN LOTE DE TERRENO UBICADO EN EL CORREGIMIENTO DE LA PALMA, DEL DISTRITO DE LAS TABLAS, PROVINCIA DE LOS SANTOS Y SE FACULTA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE LAS TABLAS PARA FIRMAR LA RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN A FAVOR DE SU OCUPANTE

Acuerdo Municipal N° 32
(De jueves 11 de abril de 2019)

POR EL CUAL SE APRUEBA LA ADJUDICACIÓN DE UN LOTE DE TERRENO UBICADO EN EL CORREGIMIENTO DE LA PALMA, DEL DISTRITO DE LAS TABLAS, PROVINCIA DE LOS SANTOS Y SE FACULTA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE LAS TABLAS PARA FIRMAR LA RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN A FAVOR DE SU OCUPANTE

Acuerdo Municipal N° 33
(De jueves 11 de abril de 2019)

POR EL CUAL SE APRUEBA LA ADJUDICACIÓN DE UN LOTE DE TERRENO UBICADO EN EL CORREGIMIENTO DE LAS TABLAS, BARRIADA NUEVO MEXICO, DEL DISTRITO DE LAS TABLAS, PROVINCIA DE LOS SANTOS Y SE FACULTA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE LAS TABLAS PARA FIRMAR LA RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN A FAVOR DE SU OCUPANTE

AVISOS / EDICTOS



**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

RESOLUCIÓN N.º 408

(De 22 de Mayo de 2019)

Que adopta la Guía para el Abordaje Integral de los Pacientes con Lepra

EL MINISTRO DE SALUD ENCARGADO,
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de manera general regula los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la policía sanitaria y la medicina preventiva, curativa que se aplican en materia de salud pública.

Que el Decreto de Gabinete N.º 1 de 15 de enero de 1969 creó el Ministerio de Salud, para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud, que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado. Como Órgano de la función ejecutiva, el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Estado.

Que el Decreto N.º 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el estatuto orgánico del Ministerio de Salud, regula las normas para el funcionamiento de los servicios técnico administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que el Decreto Ejecutivo N.º 950 de 9 de abril de 2014 que crea la Comisión Técnica Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades de Chagas, Leishmaniasis y otras enfermedades infecciosas desatendidas, ha priorizado la Lepra u otras enfermedades asociadas a la población humana dentro del entorno del flagelo de la pobreza, la insalubridad del agua y las malas condiciones de vivienda, saneamiento y variables climatológicas.

Que la Lepra es una dolencia que ha afectado a las poblaciones a nivel global, no solo por su condición transmisible, sino por el estigma y discriminación de quien la padece y su entorno familiar, por lo que depende de la prevención en el mejor acceso a intervenciones simples, seguras y rentables llevadas a cabo en acciones de base comunitaria.

Que por lo antes expuesto, se hace necesario adoptar el cumplimiento de esta guía para el abordaje integral en los pacientes con lepra a través de Resolución, a fin de acelerar la acción hacia un mundo sin lepra como estrategia a desarrollar a través con el objetivo de aumentar los esfuerzos para eliminar efectivamente esta dolencia.

En consecuencia,





Resolución N° 408 de 22 de Mayo de 2019.
Que adopta la Guía para el abordaje integral de los pacientes con Lepra.

RESUELVE:

Artículo Primero: Adoptar la Guía para el Abordaje Integral de los Pacientes con Lepra, que se reproduce en el Anexo I y que forma parte integral de la presente Resolución.

Artículo Segundo: Ordenar al Programa de Control de la Tuberculosis y Lepra a realizar todos los trámites conducentes para implementar esta guía.

Artículo Tercero: Esta Resolución comenzará a regir al día siguiente a su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, Decreto N.º 75 de 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo N.º 950 de 9 de abril de 2014.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

ERIC ULLOA
Ministro de Salud, Encargado.



EU/IBdeM/ZBdeC/ev.



ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
[Handwritten signature]
24-05-19.
SECRETARIO GENERAL
MINISTERIO DE SALUD

**OPS**

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – INSTALACIONES PRIVADAS DE SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDAD DE HANSEN O LEPROSIA

GUÍA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON LEPROSIA

PANAMÁ, ABRIL 2019



Presentación

AUTORIDADES

Dr. Miguel Mayo Di Bello	Ministro de Salud
Dr. Eric Ulloa	Vice Ministro de Salud
Dra. Nitzia Iglesias	Secretaria General de Salud
Dra. Itza Barahona de Mosca	Directora General de Salud Pública
Dra. Felicia Tulloch	Subdirectora General de Salud de la Población
Dra. Ilka Tejada de Urriola	Jefa del Departamento de Atención Integral a la Población
Dr. Edwin A. Alzpuruá R.	Jefe Sección del Programa de Control de la Tuberculosis y Lepra



Agradecemos a la Doctora Amelia Aimara Martíz, Dermatóloga del Hospital Cecilio A. Castillero de la Región de Salud de Herrera, por su participación y compromiso en la confección de la Guía para el Abordaje Integral de los Pacientes con Lepra. Igualmente a la Asociación Panameña de Dermatología y colaboradores.



Sección del Programa de Control de la Tuberculosis y Lepra

Dr. Edwin A. Aizpurúa R.

Jefe Nacional de la Sección del Programa de Control de la Tuberculosis y Lepra

Dra. Beatriz Castillo

Técnica de la Sección del Programa de Control de la Tuberculosis y Lepra

Lcda. Karolyn Chong

Enfermera Coordinadora Nacional de la Sección del Programa de Control de La Tuberculosis y Lepra



El Protocolo para el Abordaje Integral de los Pacientes con Lepra ha sido realizado gracias al compromiso, cooperación, esfuerzo y participación de las siguientes personas e instituciones:

Ministerio de Salud

Dra. Cecilia de Arango	Programa de Prevención y Control de Lepra
Dra. Amelia Martíz	Dermatóloga, Programa de Prevención y Control de Lepra
Dra. Beatriz Castillo	Programa de Prevención y Control de Lepra
Lcda. Clarita Torres	Programa de Prevención y Control de Lepra
Dr. Carlos Gálvez	Departamento Nacional de Epidemiología
Lcda. Carmen Lange	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Isela Rentería	Departamento Nacional de Epidemiología
Lcdo. José Mejía	Departamento de Gestión de Laboratorio Clínico
Lcda. María Teresa Iglesias	Departamento de Gestión de Laboratorio Clínico
Lcda. Idalmis Aguilar	Dirección Nacional de Farmacia y Droga
Lcda. Ermila Osorio	Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Lcda. Delmira Benavides	Programa Nacional de Tuberculosis

Caja de Seguro Social

Dra. Yaribeth Ramos	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. María Saavedra	Dermatología, Complejo Hospitalario Metropolitano AAM

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Lcdo. Jaime Bravo	Sección de Micobacteriología, LCRSP
Lcdo. Prudencio González	Tecnólogo médico, LCRSP

Regiones de Salud

Dr. Alfredo Moltó	Región Metropolitana de Salud
Lcda. Xiomara de Mendieta	Región Metropolitana de Salud
Dr. Ricardo Guete	Región de San Miguelito
Lcda. Delia Downer	Región de San Miguelito

Hospital Santo Tomás

Dr. Juan Correa	Servicio de Dermatología
Dr. Jaime Ávila	Servicio de Dermatología



Oficina Sanitaria Panamericana OPS/OMS Panamá

Dr. Jorge Victoria	Subregional para Centroamérica y México. Prevención y Control de Tuberculosis.
Lcda. Adelina Barrantes	Consultora Nacional, Proyecto Reducción de Riesgos para la Salud y Control de Enfermedades.
Dra. Mónica Guardo	Asesora Subregional Alerta y Respuesta a Epidemias & Reglamento Sanitario Internacional. Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles
Dra. Celsa Sampson	Asesora temporal, Programa de Lepra
Dra. Ana Margarita Botello	Asesora Subregional Alerta y Respuesta a Epidemias & Reglamento Sanitario Internacional. Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles



Índice

1. Objetivos	
2. Situación epidemiológica en América y Panamá	
3. Aspectos generales de la enfermedad	
3.1 Descripción	
3.2 Aspectos epidemiológicos	
3.3 Fisiopatología	
3.4 Clasificación	
4. Diagnóstico clínico	
4.1 Caso sospechoso	
4.2 Definición de caso	
4.3 Manifestaciones clínicas	
4.4 Estados reaccionales	
5. Evaluación dermatoneurológica simplificada	
5.1 Examen de lesiones de piel	
5.2 Evaluación de nariz	
5.3 Evaluación de ojos	
5.4 Evaluación de la sensibilidad de manos y pies	
5.6 Evaluación de la fuerza en manos y pies	
5.7 Evaluación de nervios periféricos	
6. Clasificación del grado Discapacidad	
7. Estudios complementarios	
7.1 Examen baciloscópico de frotis intradérmico	
7.2 Examen histopatológico	
7.3 Otros exámenes	
8. Tratamiento (PQT)	
8.1 Efectos secundarios a la PQT	
8.2 Esquemas sustitutos	
8.3 Conducta en situaciones irregulares	
8.4 Tratamiento de estados reaccionales	
8.5 Tratamiento quirúrgico de las neuritis	
8.7 Tratamiento para dolor neural no controlado y/o crónica	
9. Control y seguimiento de casos	
9.1 Prevención de discapacidades	
9.2 Definiciones de tipo de pacientes y de resultados	
9.3 Problemas psicosociales	
9.4 Referencia	
9.5 Situaciones pos alta por cura	



10. Equidad, justicia social y derechos humanos	
11. Vigilancia epidemiológica	
11.1 Notificación de caso	
11.2 Investigación de caso y seguimiento epidemiológico	
12. Indicadores epidemiológicos	
13. Responsabilidades por nivel de atención	
14. Referencias Bibliográficas	
Anexos	
Anexo 1. Formulario de evaluación dermatoneurológica simplificada	
Anexo 2. Formulario solicitud para investigación micobacteriológica por Lepra	
Anexo 3: Tarjeta de Registro y Seguimiento de pacientes con Lepra	
Anexos 4. Formulario de Sospecha de Reacciones Adversas (Parte 1)	
Anexos 5. Formulario de Sospecha de Fallas Farmacéuticas y Terapéuticas (Parte 2)	
Anexo 6. Formulario para la Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública	
Anexos 7. Formulario Genérico de Investigación Individual de Eventos de Notificación Obligatoria	



INTRODUCCIÓN

La lepra fue una de las primeras enfermedades descritas en el mundo antiguo, que en los primeros tiempos de la historia se explicó como un terrible castigo enviado por Dios. El aislamiento de los leprosos fue una de las primeras medidas de Salud Pública, que persistieron hasta mediados del siglo XX.

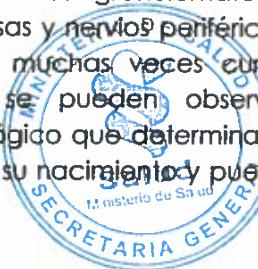
El año de 1874, Armauer Hansen, natural de Bergen (Noruega), país donde la lepra era epidémica descubrió el bacilo productor de la enfermedad y demostró que la enfermedad era de carácter infeccioso. Posteriormente aparecieron, ya bien entrado el siglo XX los medicamentos.

Desde 1995, la OMS proporciona gratuitamente a todos los enfermos leprosos del mundo el tratamiento multimedicamente, que es una opción curativa simple, aunque muy eficaz, para todos los tipos de lepra. Esta terapia denominada como PQT/MDT ha generado en una disminución en el número de casos de más de 5 millones a mediados de los 80' a un registro de menos de 200 mil a finales del año 2016.

La lepra tiene una serie de características que vale la pena mencionar, para tener una mejor comprensión de la misma. Entre estas características podemos citar la extrema cronicidad, baja transmisibilidad, elevado potencial para provocar discapacidades, capacidad para generar reacciones sociales negativas, mayor número de casos en regiones con bajo nivel de desarrollo, prevalencia en grupos sociales postergados y competencia con otras enfermedades de interés en salud pública.

Entre todas las características se destaca de forma importante el factor social, debido a la pérdida de aceptabilidad que sufre el individuo de sí mismo, así como de la familia y de la sociedad; por lo que cobra vital importancia realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado, lo cual contribuye a prevenir o disminuir las discapacidades. Algunos pacientes guardan en secreto el diagnóstico hasta su muerte, y aun así el estigma persiste en la familia incluso después de su fallecimiento.

Se caracteriza por presentar diversas formas clínicas, las cuales pueden variar desde una forma progresiva grave en la cual se observan lesiones granulomatosas generalizadas con importantes manifestaciones en piel, mucosas y nervios periféricos, hasta casos con escasas lesiones a nivel de la piel que muchas veces curan espontáneamente. En algunas de las formas clínicas se pueden observar periódicamente exacerbaciones agudas. El defecto inmunológico que determina la posibilidad de enfermarse está presente en el individuo desde su nacimiento y puede indicar la característica clínica que desarrollará el enfermo.



ABREVIATURAS Y SIGNIFICADO

APS	Atención Primaria en Salud
BAAR	Bacilo ácido alcohol resistente
BB	Borderline-borderline
BL	Borderline Lepromatosa
BT	Borderline Tuberculoide
DOMP	Discapacidad ojo, mano y pie
MB	Multibacilar
PB	Paucibacilar
PQTL	Poliquimioterapia para Lepra
TMD	Terapia Multidrogas
IMC	Inmunidad mediada por células
ENL/ENL	Eritema Nodoso Leproso
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
SNP	Sistema Nervioso periférico
LT	Lepra Tuberculoide
LL	Lepra Lepromatosa
IB	Índice Bacilar
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEP	Profilaxis pos exposición
SDR	Dosis única de Rifampicina
DG1	Discapacidad Grado uno
DG2	Discapacidad Grado das
TB	Tuberculosis



DEFINICIÓN DE TERMINOS

Incumplidor	Una persona que no completa el tratamiento en un plazo prescrito identificado.
Tratamiento bajo observación directa (TOD)	Significa que un trabajador de salud capacitado u otra persona designado para ello (excluidos los familiares) proporciona el medicamento prescrito y supervisa que el paciente ingiera cada una de las dosis.
Blíster	Presentación del medicamento (PQTL) para 28 días (mes lunar) o 4 semanas de tratamiento. Los blíster vienen en las siguientes presentaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Blíster MB adulto • Blíster PB adulto • Blíster MB niños • Blíster PB niños
Borderline-borderline (BB)	Forma clínica de la clasificación de Ridley y Jopling (Cuadro 2).
Borderline Lepromatosa (BL)	Forma clínica de la clasificación de Ridley y Jopling (Cuadro 2).
Borderline Tuberculoide (BT)	Forma clínica de la clasificación de Ridley y Jopling (Cuadro 2).
Caso nuevo de Lepra	Un caso de la lepra que no ha sido tratado nunca con anterioridad con la quimioterapia contra la lepra.
Caso de Lepra	Una persona con los síntomas o signos de la lepra que requiere quimioterapia.
Tratamiento terminado en caso de Enfermedad de Lepra MB	Paciente que completó 12 Blíster de PQT para casos multibacilares dentro de un periodo de 18 meses, contados a partir del inicio del tratamiento.
Tratamiento terminado en Caso de Enfermedad de Lepra PB	Paciente que completó 6 blíster de PQT para casos paucibacilares dentro de un periodo de 9 meses, contados a partir del inicio del tratamiento.
Discapacidad	Término amplio que abarca cualquier deficiencia, limitación de las actividades o restricción de la participación que afecta a una persona.

Estados reaccionales	Los estados reaccionales son síndromes clínico patológico, agudos o subagudos que puede aparecer antes, durante y después del tratamiento de la lepra, con aparición súbita de síntomas y signos de inflamación en la piel.
Multibacilar	Un paciente con lepra que presenta seis o más zonas de afectación de la piel.
Paucibacilar	Un paciente de lepra que presenta un máximo de cinco zonas de afectación de la piel.
PQT	Es la administración de dos o más fármacos durante períodos variables de acuerdo a la clasificación de la enfermedad y edad del paciente para lograr la destrucción del <i>Mycobacterium leprae</i> en el organismo de un enfermo, la involución y desaparición de las lesiones de lepra.
Recaída	Reaparición de la enfermedad en cualquier momento después de la finalización de un tratamiento completo (pero normalmente después de transcurridos dos años tras la conclusión del tratamiento).
Indicador	Aspecto cuantificable de un programa que puede indicar el nivel de desempeño y los cambios que se produzcan en él.
Caso de retratamiento de lepra	Paciente diagnosticado de lepra que ya ha recibido antes tratamiento antileproso.



1. OBJETIVOS

1. Brindar al personal de salud una herramienta para el abordaje integral del paciente con lepra.
2. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la lepra.
3. Estandarizar los criterios de detección, diagnósticos, tratamiento y alta para los pacientes con lepra.
4. Normar la gestión de los medicamentos para el tratamiento de lepra.
5. Normar las acciones de prevención, rehabilitación de discapacidades y autocuidado del paciente con apoyo de la familia y la comunidad.
6. Establecer las redes de atención a través de la referencia y contra referencia para el manejo y seguimiento de los pacientes con la enfermedad.
7. Promover acciones para reducir el estigma y la discriminación de los pacientes con lepra.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN AMÉRICA Y PANAMÁ

De acuerdo con la última publicación del WER¹, a nivel global, se registró 171.948 casos en tratamiento al final del año 2016 (Prevalencia 0.23 casos por 10mil habitantes). Por su parte, en ese mismo año se notificaron 214, casos nuevos en una población registrada de 7,387,117.630 (tasa de detección de 2,91 por 100mil habitantes). La mayor proporción de casos nuevos fueron detectados en India y Brasil, ocupando el primer y segundo lugar respectivamente.

En América, se registraron 26,365 casos en tratamiento al final del año 2016 (Prevalencia 0.26 casos por 10 mil habitantes) y se notificaron 27,356 casos nuevos (6% del total mundial) en una población registrada de 1,006,709,956 (Tasa de detección de 2.72 por 100 mil habitantes).

El 72.8% de los casos es detectado como MB y 1940 se notificaron con DG2 (Tasa de DG2 de 1.93 por millón de habitantes).

En Panamá, en los últimos años, se ha diagnosticado de 1 a 2 casos nuevos anualmente. Los casos han procedido de las regiones de Chiriquí, Herrera, Veraguas, Panamá Oeste, Panamá Metro, Darién, Colón y San Miguelito. Todos los casos excepto uno han sido clasificados como MB.

¹Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Informe Reunión Regional Bienal de Directores de Programas de Control de Lepra de los países de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina, 2018.



3. ASPECTOS GENERALES DE LA ENFERMEDAD

3.1 DESCRIPCIÓN

Nombre de la enfermedad: Lepra o enfermedad de Hansen

Clasificación Internacional ICD-10: A30

La lepra es una enfermedad infecciosa granulomatosa producida por un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) conocido como bacilo de Hansen, de evolución lenta con probable susceptibilidad genética, que afecta principalmente los nervios periféricos y la piel, y de acuerdo a su progresión, puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, párpados, manos, pies, polo anterior del globo ocular, testículos y el riñón, incluso puede llegar a producir graves deformidades y discapacidades si no se recibe tratamiento oportunamente.

Es un bacilo capaz de infectar gran cantidad de personas (altamente infeccioso), pero pocas personas enferman (baja patogenicidad).

Las manifestaciones clínicas de la lepra son bastantes variables y están relacionadas con la inmunogenicidad del bacilo y con el sistema inmunológico del hospedero. La asociación de estos factores es responsable del alto potencial discapacitante de la enfermedad, sin duda es una de las principales razones para que sea de notificación e investigación obligatoria.

3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Agente etiológico:

Mycobacterium leprae, conocido como bacilo de Hansen, es intracelular obligatorio, no cultivable y ácido-alcohol resistente. El bacilo presenta coloración Ziehl Neelsen (ZN +); y tiene un tiempo de duplicación de entre 12 y 14 días.

Modo de transmisión:

Se da en forma directa, por inhalación de secreciones del tracto respiratorio superior (nariz y boca), derivada de la convivencia prolongada de una persona susceptible con un enfermo no tratado.

En los pacientes, el bacilo se encuentra en las lágrimas, la orina, las heces, sin tener algún papel en la transmisión. Aunque el bacilo es hallado en la leche de las madres



afectadas, no implica la prohibición de la lactancia debido a que los factores inmunológicos de la leche protegen contra la enfermedad.

Reservorio:

Los seres humanos, armadillos de nueve bandas (*Dasyurus novemcinctus*),

Período de incubación:

Varía de 9 meses a 10 años; el promedio es probablemente 4 años para la lepra tuberculoide, y 8 años para la lepra lepromatosa.

Período de transmisión:

Durante el tiempo que dure la enfermedad. El caso deja de ser infectante a los tres días de tratamiento con rifampicina y a los tres meses de tratamiento continuo y regular con Dapsona o Clofazimina.

Factores de riesgo:

Desnutrición, hacinamiento y susceptibilidad inmunológica de la persona infectada; la lepra no es hereditaria. Existen otros determinantes, como el ambiente físico, social y económico, que incluyen la pobreza y la presencia de pacientes sin tratamiento.

Factores de protección y prevención:

Inmuno quimioprofilaxis

La vacunación con BCG es efectivo para reducir el riesgo de enfermedad de la lepra; por lo tanto, su uso debe mantenerse al menos en todos los países o entornos con alta carga de lepra. La BCG al aplicarla al nacer parece potenciar el efecto protector de la dosis única de Rifampicina (SDR) en un porcentaje del 57 al 80% de los contactos.

Dado que dos ensayos grandes sobre la revacunación con BCG mostraron resultados contradictorios, por el momento no hay evidencia clara sobre la necesidad de una segunda dosis de vacuna después de la dosis al momento del nacimiento.

Se recomienda su aplicación a convivientes no sospechosos de lepra, independientemente de la edad que no presenta cicatriz de vacunación BCG previa. Las pautas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra 2018 recomiendan el uso de una dosis única de rifampicina (SDR) como tratamiento preventivo para los contactos de pacientes con lepra en adultos y niños (a partir de 2 años), después de excluir la enfermedad de lepra y tuberculosis (TB) y en ausencia de otras contraindicaciones.



3.3 FISIOPATOLOGÍA

El desarrollo de la forma clínica de lepra va a depender de la capacidad y calidad de respuesta inmunitaria específica del individuo frente al contacto con el *M. leprae*, fundamentalmente de la inmunidad innata y de la inmunidad mediada por células (IMC). Esto determina las características clínicas, bacteriológicas, histopatológicas e inmunológicas de la enfermedad.

El bacilo es transmitido y penetra a través de las vías aéreas superiores o heridas cutáneas. Las bacterias que invaden el organismo irán a los linfonodos, donde se desencadenará un enfrentamiento entre microorganismo y huésped.

En la mayoría de los casos, la respuesta es eficaz y elimina los bacilos, no produciéndose la enfermedad. En algunos casos, el bacilo es fagocitado por los macrófagos o células de Langerhans, que atraviesan las paredes de los endotelios, llegando a los vasos y ganglios linfáticos donde los macrófagos presentan los antígenos a los linfocitos T CD4 o T CD8, determinando la forma de la enfermedad.

Cuando el individuo posee respuesta inmunológica celular adecuada estimula la activación macrofágica y lleva a la destrucción del bacilo. Las lesiones son escasas y limitadas a la piel, comprometiendo o no algún nervio periférico. Este es el caso de la **lepra tuberculoide**, la cual presenta un período de evolución corto.

Cuando el bacilo penetra al organismo de una persona que no responde inmunológicamente, los bacilos se multiplican descontroladamente dentro de los macrófagos. La inmunidad humoral está exacerbada y hay un alto nivel de anticuerpos que no pueden eliminar el germen intracelular durante un extenso período de tiempo, en el cual puede originar múltiples lesiones cutáneas, compromiso de uno o varios nervios periféricos, mucosas y de otros órganos. Estas son algunas de las características generales de la **lepra lepromatosa**, siendo una forma de manifestación "sistémica" de la enfermedad, en la cual el *M. leprae* se puede aislar en casi todo el organismo, con excepción del sistema nervioso central.

3.4 CLASIFICACIÓN

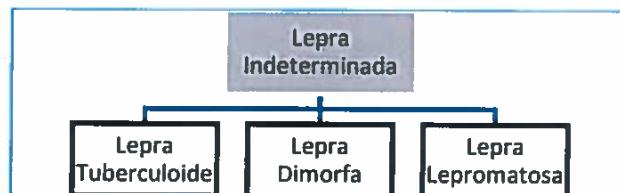
Dado el gran polimorfismo de manifestaciones de la lepra y con el objetivo de encontrar una nomenclatura común que sirviera para reconocer las diferentes formas de presentación, se establecieron históricamente varias clasificaciones, las cuales se fueron modificando ante la introducción de nuevos conceptos.

Clasificación de Madrid (1953):

Se mantiene el concepto de las formas polares de la enfermedad: lepra tuberculoide (LT), lepra lepromatosa (LL) a partir de su forma inicial la lepra indeterminada (I), que puede curarse espontáneamente o pasar desapercibida debido a la discreción de sus



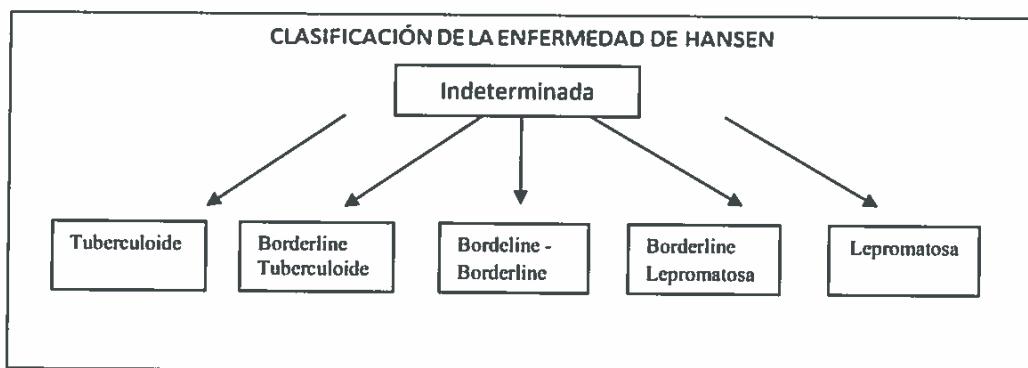
signos y síntomas. Y se agrega en esta clasificación un nuevo grupo de pacientes a los que se denominó dimorfo o borderline, ya que presentaban aspectos clínicos que no eran de las formas polares LT o LL.



Cuadro 1. Clasificación de Madrid de la Lepra

Clasificación de Ridley y Jopling (1962):

Basándose en criterios clínicos, histológicos, bacteriológicos e inmunológicos, propusieron una nueva clasificación (aceptada en 1966), en la cual establecieron que la forma borderline o dimorfa era más bien un "espectro continuo" entre los dos tipos polares tuberculoide (TT) y lepromatosa (LL), describiendo las formas: borderline tuberculoide (BT), borderline borderline (BB) y borderline lepromatosa (BL). Las modificaciones de la inmunidad celular frente al *M. leprae* en el grupo de las formas Borderline, sería la responsable de los episodios reaccionales de "reversa" y "degradación". Esta clasificación es muy utilizada en investigación y recomendada por la OMS para uso en los Programas de Control.



Cuadro 2. Clasificación de Ridley y Jopling de La Enfermedad de Hansen

Dado que la clasificación de Ridley y Jopling, se basa en parámetros con los cuales en ocasiones no se cuenta en las instalaciones del primer nivel de atención; la OMS con el objetivo de simplificar la aplicación de los protocolos terapéuticos basados en la poliquimioterapia (PQT), propuso clasificar a los pacientes en Paucibacilares (PB) y Multibacilares (MB). Esta clasificación se basa en el número de lesiones que presenta el paciente.



Clasificación de caso de lepra establecida por el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Lepra en Panamá:

Paucibacilar (PB)	un caso de lepra con 1 a 5 lesiones cutáneas, sin presencia demostrada de bacilos en un frotis cutáneo;
Multibacilar (MB)	un caso de lepra con más de cinco lesiones cutáneas; o con afectación nerviosa (neuritis pura, o cualquier número de lesiones cutáneas y neuritis); o con la presencia demostrada de bacilos en un frotis por raspado de incisión cutáneo, independientemente del número de lesiones cutáneas

Cuadro 3. Definiciones de caso de lepra según guía de monitoreo y evaluación: Organización Mundial de la Salud; 2018.

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El *M. leprae* tiene especial predilección por la piel y nervios periféricos, parasitando macrófagos y células de Schwann.

Las principales características clínicas de la enfermedad están determinadas por el número de lesiones, la morfología, la superficie, la presencia de pelos, la sudoración, el color, la sensibilidad y los órganos comprometidos.

Cuando hay una buena respuesta inmune del paciente, la infección será más circunscrita con tendencia a un número menor de lesiones con distribución corporal asimétricas, menor número de bacilos y con daño neural más temprano en la evolución. Inversamente, cuando no hay buena respuesta inmunocelular, más difusas y simétricas serán las manifestaciones de la enfermedad, con gran número de lesiones cutáneas, mayor número de bacilos y compromiso neural más tardío.

En la piel se pueden presentar gran variedad de lesiones, desde manchas, pápulas, placas y nódulos, hasta la infiltración cutánea difusa.



4.1 CASO SOSPECHOSO DE LEPRA

Se considera sospecha de lepra a todo sintomático de piel y/o sintomático de sistema nervioso periférico, definido de la siguiente manera:

Sintomático de piel: Persona que presenta lesiones cutáneas no congénitas, de larga evolución, sin prurito ni dolor, que pueden pasar inadvertidas para el paciente.

Sintomático de sistema nervioso periférico: Persona que presenta áreas corporales con disminución o pérdida de la sensibilidad, engrosamiento de uno o más troncos nerviosos, dolor espontáneo o a la palpación de uno o más troncos nerviosos, hipotrofias ó atrofias musculares, problemas motores en manos, pies o párpados, mala posición de uno o varios dedos.

4.2 DEFINICIÓN DE CASO DE LEPRA

La Organización Mundial de la Salud define como caso de lepra al paciente que no ha completado un esquema de PQT para la enfermedad, ya sea en su forma paucibacilar o multibacilar o en la presencia de al menos uno de las siguientes características:

- (1) **lesiones cutáneas hipopigmentadas con hipoestesia (disminución de la sensibilidad);**
- (2) **deterioro o afectación de los nervios periféricos, demostrados por a) hipoestesia clara, o b) debilidad en manos y pies o cara, o c) trastornos funcionales neurovegetativos como la anhidrosis (sequedad de piel);**
- (3) **presencia de deformidades visibles;**
- (4) **signos de la enfermedad con presencia demostrada de bacilos en su frotis cutáneo o confirmación histopatológica.**

Ante un caso dudoso debe mantenerse al enfermo en seguimiento hasta que evaluaciones posteriores y pruebas complementarias confirmen o descarten el diagnóstico.



4.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Signos y síntomas dermatológicos

Generalmente, la lepra se manifiesta por lesiones de piel con disminución o ausencia de sensibilidad, o adormecimiento, como consecuencia del compromiso de ramas periféricas cutáneas.

Las lesiones más comunes son:

- **Manchas hipocrómicas o eritematosas:** alteración en el color de la piel sin relieve.
- **Pápula:** lesión sólida, con elevación superficial y circunscrita.
- **Infiltración:** alteración en el espesor de la piel de forma difusa.
- **Nódulo:** lesión sólida, más palpable que visible.

Otros síntomas generales:

- Edema de manos y pies;
- Fiebre y artralgia;
- Congestión, heridas (fisuras, escoriación etc.) y resequedad nasal;
- Nódulos eritematosos dolorosos;
- Malestar general;
- Resequedad de ojos.

Signos y síntomas neurológicos

Otra forma de manifestación de la enfermedad son las lesiones de nervios periféricos. Estas lesiones son consecuencia de procesos inflamatorios en los nervios periféricos (neuritis), causados tanto por la acción directa del bacilo en los nervios, como por la reacción del organismo al bacilo.

Los síntomas son:

- Dolor y/o espesamiento de los nervios periféricos.
- Disminución y/o pérdida de sensibilidad en las áreas inervadas por esos nervios, principalmente en los ojos, manos y pies.
- Disminución y/o pérdida de fuerza en los músculos inervados por esos nervios, principalmente en los párpados y miembros inferiores.



Formas clínicas

Lepra Indeterminada (LI):

Es la forma inicial de la enfermedad y puede pasar desapercibida. Una o pocas lesiones caracterizadas por placas o máculas hipocrómicas de superficie lisa. La mayoría de las veces, la única sensibilidad alterada es la térmica. Puede surgir disminución de la sudoración y alopecia en el área de la mancha. No hay espesamiento de troncos nerviosos y por consiguiente no hay deformidades.



Fig. 1 Mácula hipocrómica con alopecia (LI).

Diagnóstico diferencial: pitiriasis rosada, pitiriasis alba, vitíligo, hipopigmentación posinflamatoria, nevo anémicos, y morfea en placa.

Lepra Tuberculoide (LT):

Se manifiesta con 1 a 5 placas redondeadas de bordes nítidos bien delimitados, secas al tacto. Con alteración de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil. Pueden tener anhidrosis y alopecia en área de lesión. Es común observar el engrosamiento de un nervio superficial a partir de la lesión cutánea. En general, el compromiso nervioso es intenso y puede ocurrir hasta necrosis caseosa del nervio (absceso de nervio).

En manos y pies, la insensibilidad y parálisis de grupos musculares predisponen a garras, callosidades, úlceras tróficas, úlceras neuropáticas y reabsorciones óseas.





Fig. 2 Engrosamiento de un nervio superficial a partir de la lesión cutánea



Fig.3 y 4 Placa de borde nítido bien delimitado (LT)

Existe una variedad clínica de la LT que se denomina lepra tuberculoide infantil y se presenta en niños de 1 a 4 años de edad. Se localiza más frecuentemente en áreas expuestas de miembros superiores y cara con pocas lesiones que tienen tendencia a cura espontánea.

Diagnóstico diferencial: granuloma anular, tiña, lupus discoide, sarcoidosis, linfoma cutáneo, sífilis, eccemas y psoriasis.

Lepra Dimorfa o Borderline (BB):

Es la forma inestable que evoluciona a los tipos L. lepromatosa o L. tuberculoide de acuerdo a la resistencia del individuo. Estos pacientes pueden presentar al mismo tiempo características clínicas de LT en algunas áreas y de LL en otras. El compromiso de nervios y episodios reaccionales son frecuentes, y puede este paciente desarrollar discapacidades y deformidades físicas.

Se subdivide en dos grupos:

Lepra Borderline tuberculoide (LBT):



Se caracteriza por múltiples lesiones de 5 a 25, placas grandes de bordes irregulares y lesiones satélites. Anhidrosis y alopecia en área de lesiones, con tendencia simétrica y compromiso de varios troncos nerviosos. Sensibilidad parcialmente comprometida.



Fig. 5 Placas grandes de bordes irregulares

Lepra Borderline lepromatosa (LBL):

Se caracteriza por gran número de lesiones con aspecto variados: infiltración, placas anulares de bordes circinados, con centro aparentemente normal y nódulos. Tendencia asimétrica, engrosamiento de gran número de troncos nerviosos. No hay alteración anexial (pérdida de vellosidades, ni de sudoración).



Fig.6 Placas anulares de bordes infiltrados



Lepra Lepromatosa:

Es la forma progresiva de la enfermedad. Se caracteriza clínicamente por la diseminación de las lesiones de piel que pueden ser eritematosas, infiltradas, de límites imprecisos, brillantes y de distribución simétrica. En los lugares en que la infiltración es más acentuada se pueden formar pápulas, tubérculos, nódulos y placas llamadas genéricamente "lepromas". Puede haber infiltración de la cara y pabellones auriculares con pérdida de cejas y pestañas. Se debe evaluar en los pacientes síntomas generales incluyendo obstrucción nasal y rinitis, aún en ausencia de lesiones

significativas de piel y de nervios. Esta forma constituye una enfermedad sistémica con manifestaciones mucosas y viscerales importantes, especialmente en los episodios reaccionales, donde ojos, testículos y riñones, entre otras estructuras pueden ser afectados. Existen alteraciones de sensibilidad de las lesiones de piel y compromiso de los nervios, sin embargo no tan precoces y marcadas como en la forma tuberculoide.

Diagnóstico diferencial: leishmaniasis difusa anérgica, lobomícosis, eritema nodoso, neurofibromatosis, farmacodermias, sífilis secundaria, lupus eritematoso sistémico y xantomatosclerosis.



Fig.7 Infiltración de orejas (LL)

Lepra neural pura

Es una forma de la enfermedad caracterizada por el compromiso de los nervios periféricos en ausencia de signos cutáneos.

Las alteraciones neurológicas son variables: neuropatía sensitiva o sensitivo motora, pudiendo ser hipertrófica, mono neuropatía, mono neuropatía múltiple o poli neuropatía; dependiendo del espectro inmune de la persona hiperérgico o anérgico.

Los pacientes sintomáticamente presentan parestesias de alguna área cutánea, manos o pies, acompañado o no de alteraciones tróficas del territorio inervado, la neuropatía puede acompañarse o no de nervios palpables.

Aunque la definición excluye la presencia de signos cutáneos sincrónicos con las alteraciones neurológicas, es probable que se hayan presentado en el pasado. La lepra neural pura es identificada en regiones de alta endemicidad de lepra.

Diagnóstico diferencial: tumores de nervios periféricos y otras causas de neuropatía periférica como la diabetes mellitus, compresivas, degenerativas y tóxicas.

Neuritis silenciosa:

Es cuando ocurre parálisis nerviosa, independientemente de que el paciente refiera dolor en determinado tronco nervioso. A la palpación se puede verificar espesamiento del nervio. Clínicamente ocurre aumento progresivo de anestesia e disminución progresiva de la fuerza muscular.

Compromiso de órganos

Ocular:

El compromiso del segmento anterior del globo ocular es provocado por la invasión bacilar y la lesión del nervio facial, presentándose como consecuencia lepromas, queratitis, querato-conjuntivitis y ceguera.

Nasal:

La infiltración bacilar de la mucosa nasal ocasiona rinorrea serosa, posteriormente rinorrea serosanguinolenta, perforación y colapso del tabique nasal con aplastamiento de la nariz.

Testicular:

Durante las reacciones leprosas puede darse orquiepididimitis, orquitis y atrofia testicular alterando la función orgánica y provocando ginecomastia.

Huesos:

El compromiso óseo está determinado por la infección del bacilo de Hansen, denervación ósea y sobreinfección polimicrobiana. Está facilitado por las bajas temperaturas corporales, afectándose frecuentemente las manos y los pies. Es típica la afección metafisiaria de las falanges produciéndose colapso óseo, manifiesto en dedos cortos con uñas. El compromiso de múltiples huesos y extremidades es común en las formas BL y L.

Sistémico:

Los órganos afectados infrecuentemente en las formas anérgicas son la pleura y el pericardio, en tal caso se producen pleuritis, derrames pleurales y pericarditis. Ocasionalmente, hay compromiso hepatoesplénico asintomático como consecuencia de los estados reaccionales.

4.4 Estados reaccionales

Los estados reaccionales son síndromes clínicos patológicos, agudos o subagudos, que pueden aparecer antes, durante y después del tratamiento de la enfermedad y se manifiesta a través de síntomas generales y lesiones locales en la piel y otros órganos.

Los estados reaccionales son la principal causa de daño de los nervios y de discapacidad en la lepra. Son períodos inflamatorios, debido a que el sistema



inmunitario del cuerpo ataca a los bacilos. Casi todos los pacientes con lepra pueden sufrir una reacción, aunque los casos que presentan una o dos lesiones en la piel y ningún nervio afectado presentan menor riesgo. Su inicio puede ser brusco, pero generalmente tiene un período prodrómico con malestar general, fiebre de predominio vespertino, luego se hace continua, hasta llegar a 40° C seguido de escalofríos, cefaleas intensas, artralgias, anorexia, vómito y astenia.

Los siguientes son signos de estado reaccional severo:

- Nódulos rojos, dolorosos en la piel, únicos o múltiples, con o sin ulceración.
- Dolor o hipersensibilidad de uno o más nervios, con o sin pérdida de la función de los mismos.
- Neuritis silenciosa, esto es alteración de la función del nervio, sin inflamación y/o dolor espontáneo o a la palpación del mismo.
- Una mancha cutánea roja e inflamada en la cara, o sobre algún tronco nervioso principal.
- Una lesión cutánea que se ulcera o que está acompañada por fiebre elevada.
- Edema marcado de manos, pies o cara.
- Dolor o enrojecimiento de los ojos, con o sin pérdida de la agudeza visual.
- Hinchazón dolorosa de las articulaciones o los testículos junto con fiebre.

Tipos de reacción: Tipo I y Tipo II

Reacción tipo I: reacción por hipersensibilidad tipo IV, también llamada **reacción reversa**, es ocasionada por un aumento de la actividad del sistema inmunitario corporal en la lucha contra el bacilo de Hansen, o incluso contra los restos de bacilos muertos. Se considera como indicador de reversión (mejoría) y se caracteriza por la aparición de nuevas lesiones dermatológicas (manchas o placas), infiltración, alteraciones de color y edema de lesiones antiguas, con o sin engrosamiento y dolor de los nervios periféricos (neuritis). Este tipo de reacción se presenta en los casos BT, BB y BL.

Los signos de una reacción reversa grave son los siguientes:

- Pérdida de la función de nervios, es decir, pérdida de la sensibilidad o debilidad de músculo;
- Dolor o dolor a palpación en uno o varios nervios;
- Neuritis silenciosa;
- Alguna zona de piel hinchada en la cara o en la piel situada sobre otro tronco nervioso principal;
- Alguna lesión cutánea de cualquier localización que se ulcera;
- Edema intenso de las manos, los pies o la cara.



Reacción tipo II: reacción de hipersensibilidad tipo III, también se les llama **Eritema nodoso leproso** (ENL). Ocurre cuando un gran número de bacilos de Hansen son destruidos y progresivamente descompuestos. Las proteínas de los bacilos muertos provocan una reacción alérgica. Como estas proteínas se encuentran en el torrente sanguíneo, provocan sintomatología general. Se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos dolorosos acompañados o no de fiebre, con o sin engrosamiento y dolor de los nervios periféricos (neuritis). Es más frecuente en los LL y BL.



Fig. 8 Eritema nodoso leproso.

Los signos de una reacción de ENL grave son los siguientes:

- Dolor o dolor a palpación en uno o varios nervios, con o sin pérdida de la función nerviosa;
- Ulceración de los nódulos de ENL;
- Dolor o enrojecimiento de los ojos, con o sin pérdida de la agudeza visual;
- Hinchazón dolorosa de los testículos (orquitis) o de los dedos (dactilitis);
- Artritis o linfadenitis intensas.



Diferencia entre las reacciones tipo I y tipo II

Signos	Reacción Tipo I	Reacción Tipo II
Infiamación de la piel	Las manchas de lepra están inflamadas, pero el resto de la piel normal.	Nódulos nuevos, rojos, sensibles, no asociados a las manchas de la enfermedad.
Estado general del enfermo	Bueno, con poca o sin fiebre.	Malo, con fiebre y malestar general.
Fecha de la aparición	Habitual en todo el curso del tratamiento.	Durante todo el curso del tratamiento; enfermos MB solamente.
Afectación de los ojos	Se puede observar debilidad para cerrar los párpados.	Se puede observar iritis.

El diagnóstico de los estados reaccionales se realiza por medio del examen físico general y dermatoneurológico del paciente. Tales procedimientos son fundamentales para monitorear el compromiso de nervios periféricos y evaluar el tratamiento de la reacción.

5. EVALUACIÓN DERMATONEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Realizando un examen dermatoneurológico sistemático y regular podemos diagnosticar, tratar y dar seguimiento a las neuritis, resultado de la lesión de nervios periféricos.

5.1 EXAMEN DE LESIONES DE PIEL

Debe ser realizado en un lugar con buena iluminación, permitiendo la inspección de toda la superficie corporal, porque algunas lesiones pueden pasar desapercibidas, especialmente en la región glútea. Se debe examinar la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil (en ese orden), disminución o ausencia de la sudoración, y alopecia.

Test de la sensibilidad térmica:

Es la primera alteración de la sensibilidad que se da. Se realiza con dos recipientes, uno con agua a temperatura ambiente (frío) y otro con agua tibia a menos de 45° (caliente). Se coloca sobre la piel sana y sobre área de lesión ambos recipientes por separado varias veces (tres a cuatro), el recipiente será retirado después que el paciente responde si es frío o caliente. Es aconsejable no alternar los recipientes, lo sea, colocar el caliente y después el frío, debido a que puede condicionar la respuesta del paciente. Es mejor examinar, por ejemplo: tres veces frío y dos veces caliente. Se debe comparar siempre el área de piel sospechosa o de lesión con área de piel normal cercana.

La demora en la respuesta del paciente al cambiar de caliente a frío o viceversa o la respuesta de que no está sintiendo nada sugieren lepra.



Test de sensibilidad dolorosa:

Es la segunda alteración de la sensibilidad que se pierde. Se examina con un alfiler común de punta gruesa. Se presiona con la punta de la aguja el área de piel sospechosa y se le pregunta al paciente si está sintiendo que se le toca con la aguja. En seguida se retira la aguja y se le pregunta al paciente si está sintiendo punzadas. Es válido repetir el mismo procedimiento para el test de la sensibilidad térmica. No se debe lesionar la piel con la aguja en caso de adormecimiento. La aguja debe estar estéril y debe ser desecharada al final del examen.

Test de la sensibilidad táctil:

Es la última sensibilidad que se altera. Se realiza con un pedazo de papel o algodón pasándolo sobre el área sospechosa a ser examinada y el área circundante normal y se le pregunta al paciente si está sintiendo o no el procedimiento. Generalmente, es normal en las lesiones recientes. Como en los test anteriores, el algodón no debe ser pasado y retirado de forma alternada.

5.2 EVALUACIÓN DE NARIZ:

Para evaluar la nariz, preguntar si siente resequedad, si ha tenido sangrados. Observar úlceras, perforaciones, infiltraciones o atrofias.

5.3 EVALUACIÓN DE OJOS:

Para evaluar los ojos, preguntar si siente ardor, visión borrosa, lagrimo, párpados pesados. Observar si tiene lagoftalmo, ectropión, opacidad de la córnea. La sensibilidad de ojos se evalúa con hilo dental sin sabor.

Para examinar la agudeza visual, colóquese a 6 metros y pida al paciente que se tape un ojo, levante su mano y diga que cuente los dedos. Examine ambos ojos. Si no hay posibilidad de contar los dedos, la visión está reducida, lo que puede ser por complicaciones de la lepra u otro déficit de visión y requiere enviar al paciente a consulta de oftalmología. También puede medirse a través de la cartilla para medir la agudeza visual.

Para evaluar la fuerza de los músculos del párpado, pida al paciente que cierre los ojos. Si hay daño, el paciente no podrá cerrar completamente el párpado. Esta afección se llama lagoftalmo. Si el paciente puede cerrar los ojos, intente abrirllos. Si es fácil abrirlos, significa que hay debilidad muscular.

5.4 EVALUACION DE LA SENSIBILIDAD DE MANOS Y PIES:

Cuando se habla de lepra se piensa generalmente en la insensibilidad, pero por mucho tiempo predomina la hipersensibilidad o hiperestesia, que el paciente manifiesta como una sensación de "ardor o quemazón" en diferentes sitios de la piel, en especial en la punta de los dedos; o bien siente adormecimiento u hormigueo en la región. Más tarde,



y, en ocasiones, mucho tiempo después de referir estos síntomas, viene la pérdida gradual de la sensibilidad a la temperatura, al dolor y finalmente a la sensibilidad táctil.

La disminución de la sensibilidad en las manos y los pies es indicativa de un daño neurológico. La persona tiene tendencia a lesionarse sin darse cuenta, por esta razón es frecuente que los pacientes con lepra tengan heridas y úlceras. Como es un signo poco frecuente en otras enfermedades, ayuda a confirmar el diagnóstico de la misma. Si la persona no tiene sensibilidad o está disminuida, indica que tiene compromiso nervioso y se debe buscar el origen.



Fig. 9 Puntos para evaluación sensitiva de nervios de manos.



Fig. 10 Puntos para evaluación sensitiva de nervios de pies

La sensibilidad de manos y pies se evalúa con un bolígrafo de punta redonda. No utilizar alfileres, agujas ni otros objetos punzocortantes para evitar lesiones.

Al examen, observar edema, garras, fisuras, resequedad de la piel, reabsorciones, atrofias o cicatrices.

5.5 EVALUACIÓN DE LA FUERZA EN MANOS Y PIES:

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

Fuerza del meñique (5º dedo): Pida al paciente que mueva el dedo lateralmente separándolo de los otros dedos, si no logra moverlo hay parálisis. Luego intente empujar el meñique hacia los otros lados, si es fácil empujarlo hay debilidad muscular.



Fuerza del pulgar (1º dedo): Pida al paciente que ponga la mano plana, con la palma hacia arriba y el pulgar en posición vertical. Sujete la mano e intente empujar el pulgar hacia la palma. Si no logra colocar el pulgar en posición vertical, hay parálisis y si usted lo puede mover fácilmente hay debilidad.

Fuerza del pie: Sujete la pierna del paciente y pida al paciente que levante el pie, si no logra hacerlo hay parálisis. Luego intente empujar el pie hacia abajo, si logra hacerlo con facilidad hay debilidad.

5.6 EVALUACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS

Para evaluar los troncos nerviosos periféricos se debe observar y palpar la localización de cada nervio. Los nervios periféricos más afectados son:

1. **Nervio Cubital:** palparlo inmediatamente por encima de la fosa cubital.
2. **Nervio mediano:** palparlo profundamente entre los tendones del palmar largo y el flexor radial del carpo.
3. **Nervio radial:** palpación profunda en la fosa radial del húmero, por detrás de la inserción del deltoides.
4. **Nervio poplíteo lateral:** palparlo detrás de la rodilla en el hueco poplíteo.
5. **Nervio tibial posterior:** palparlo en la zona posterior e inferior del maléolo medial.

En cada uno de los nervios periféricos verificar:

- Dolor espontáneo
- Dolor a la palpación
- Simetría
- Tamaño
- Forma



Fases del daño neural: Los troncos nerviosos pueden ser atacados por el bacilo de Hansen. La evolución del compromiso neural puede estar en cualquiera de las siguientes fases:

- **Fase de afectación:** El o los nervios se encuentran engrosados, lo que provoca dolor espontáneo y a la palpación no hay indicios de pérdida funcional.
- **Fase de lesión:** En esta fase hay lesión del tronco nervioso y pérdida de sus funciones. Se evidencia pérdida o disminución de la sensibilidad y ausencia de

la sudoración. Los músculos que son inervados por el nervio lesionado pierden fuerza o se paralizan.

- **Fase de destrucción:** En la lepra se puede observar: **Deficiencias primarias y Deficiencias secundarias.** Las **primarias** (uveítis, orquitis, neuropatía, etc.) causadas por el proceso inflamatorio del organismo en su tentativa de destruir al bacilo o a las células parasitadas por él y, las **secundarias** que son producto de la falta de cuidados preventivos del proceso primario (mano en garra, perforante plantar, reabsorción ósea, etc.).

Los criterios de graduación de la fuerza muscular pueden ser expresados como fuerte, disminuida y paralizada, o de 0 a 5, conforme al cuadro a seguir:

FUERZA		DESCRIPCIÓN
Fuerte	5	Realiza el movimiento completo contra la gravedad con resistencia máxima.
Disminuida	4	Realiza el movimiento completo contra la gravedad con resistencia parcial.
	3	Realiza el movimiento completo contra la gravedad
	2	Realiza el movimiento parcial.
Paralizada	1	Contracción muscular sin movimiento.
	0	Parálisis, ningún movimiento.

6. CLASIFICACIÓN DE GRADO DE DISCAPACIDAD

A toda persona que se le diagnostique lepra, se le debe evaluar y clasificar el grado de discapacidad, utilizando el formulario de evaluación dermatoneurológica en la sección de clasificación de grado de discapacidad ([Anexo 1](#)).

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



Definiciones de discapacidad:**Manos y pies:**

- **Grado 0: sin hipoestesia ni daño o deformidad visible.**
- **Grado 1: hipoestesia sin daño ni deformidad visible.**
- **Grado 2: daño o deformidad visible.**

Ojos:

- **Grado 0: ningún problema ocular atribuible a la lepra; sin indicios de pérdida de visión.**
- **Grado 1: problema ocular atribuible a la lepra, pero sin afectación grave de la visión (visión de 6/60 o mejor; puede contar los dedos a una distancia de 6 metros).**
- **Grado 2: deterioro visual grave (visión inferior a 6/60; no puede contar los dedos a una distancia de 6 metros), lagoftalmía, iridociclitis, opacidades corneales.**

7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

La base fundamental de la clasificación debe ser clínica, atendiendo a la morfología de las lesiones cutáneas y a las manifestaciones neurológicas. El estudio bacteriológico y el histopatológico deben ser usados como exámenes complementarios para la clasificación de la lepra y la definición del tratamiento.

7.1 Examen baciloscópico de frotis intradérmico (baciloscopía)

Es la búsqueda del bacilo de Hansen en muestra de frotis cutáneo. Debe realizarse al inicio y al final del tratamiento.

Criterios para la indicación de frotis por BAAR:

- En caso de duda, en la clasificación operacional para el inicio de poliquimioterapia (PQT);
- Diagnóstico diferencial con otras enfermedades dermatoneurológicas y
- Casos sospechosos de recidiva.

Toma de la muestra:

- El médico dermatólogo, el médico entrenado para este fin deberá realizar muestra de frotis intradérmico (baciloscopía).



- Se debe manipular la laminilla por el borde, evitando colocar los dedos sobre el área donde la muestra será distribuida.
- Identificar la laminilla con el nombre del paciente, número de cédula y fecha de toma de la muestra.
- Previo a tomar la muestra, limpiar el área de piel de recolección con alcohol. Dejar que seque antes de hacer el corte.
- Presionar la piel haciendo un pliegue con los dedos en el borde del lóbulo, aplicando suficiente presión hasta producir isquemia evitando sangrados. En caso necesario, auxíliese con las pinzas curvas de ramas largas protegidas con tubo de hule sin usar el seguro de estas. Las pinzas no son recomendables, porque la fuerza de presión puede ser excesiva y no es detectable ni por el tomador de la muestra ni por el paciente, causando algún daño en el sitio. Mantener la presión hasta el final del procedimiento.



Fig. 11 Toma de Muestra de linfa.

- Se tomará un mínimo de 4 muestras de linfa de las siguientes áreas:
 - En pacientes con lesiones cutáneas visibles o áreas con alteración de sensibilidad, la muestra se toma del lóbulo auricular derecho (LD), lóbulo auricular izquierdo (LI), el codo derecho (CD) y lesión de piel (L).
 - En lesiones planas, tomar la muestra en el borde interno, en las lesiones nodulares en el centro.
 - En pacientes sin lesiones visibles, la muestra se toma del lóbulo auricular derecho (LD), lóbulo auricular izquierdo (LI), el codo derecho (CD) y el codo izquierdo (CI).
- Las muestras deben ser colocadas en la laminillas en el orden siguiente:

Nombre del paciente	LD	LI	CD	Cl

- Hacer un corte en la piel aproximadamente 5 mm de extensión ~~pero a 3 mm de profundidad~~. Colocar el lado no cortante de la lámina de bisturí en ~~ángulo recto~~ con relación al corte y realizar el frotis intradérmico de los bordes ~~y del fondo de~~



la incisión, retirando cantidad suficiente y visible de material. Si hay sangrado en el momento del procedimiento (lo que no deberá suceder si la comprensión de la piel es adecuada), limpiar con algodón.

- Descomprimir y distribuir el material tomado sobre la lámina, haciendo movimientos circulares del centro hacia los bordes en un área aproximada de 5 – 7 mm de diámetro, manteniendo una capa fina y uniforme.
- El primer frotis deberá ser colocado en el extremo más próximo a la identificación del paciente (parte opaca), y el segundo frotis seguido a una distancia de por lo menos 0.5 cm entre cada muestra. Los frotis deben estar del mismo lado de la parte opaca de la laminilla.
- Al tomar la muestra entre un sitio y otro, utilizar una lámina de bisturí nueva y limpiar la pinza utilizada con algodón o gaza en alcohol 70 ° GL o 70 % para que no ocurra contaminación entre las muestras.
- Hacer vendaje compresivo en los lugares donde se tomaron las muestras.

Manejo de la muestra:

- Las láminas con los frotis intradérmicos deben permanecer sobre una superficie plana y dejar secar a temperatura ambiente durante cinco a 10 minutos. Nunca utilizar calor, porque interfiere en la fijación de la muestra.
- Una vez seca la laminilla, se deben colocar en un porta láminas de plástico rígido para evitar quiebra, exposición a polvo e insectos, para ser transportadas a la unidad de laboratorio correspondiente en un plazo máximo de 24 horas junto con el formulario de solicitud para investigación micobacteriológica por lepra, debidamente completado ([Anexo 2](#)).

Envío de la muestra:

Una vez tomada la muestra, esta debe enviarse al laboratorio local o regional que cuenten con personal capacitado en donde ya se realicen frotis de esputo para tuberculosis. En este nivel, se realizará la tinción de Ziehl-Neelsen del frotis intradérmico para determinar la presencia de bacilo ácido alcohol resistente.

Todas las láminas teñidas y leídas deben enviarse al Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (LCRSP/ICGES) para control de calidad, cumpliendo el mismo criterio de envío de las láminas de TB.

Informe de resultados:

La clasificación clínica puede conducir a errores, por lo que es recomendable, en aquellos programas que tengan condiciones técnicas y financieras, realizar estudio baciloscópico al inicio del tratamiento y, de ser posible un estudio histopatológico. Y los resultados deben reposar en el expediente del paciente



La baciloscopía positiva clasifica un caso de lepra, como MB, independiente del número de lesiones que tenga el paciente. El resultado negativo de la baciloscopía no excluye el diagnóstico de lepra.

El índice bacteriológico del frotis se informará según la escala de clasificación y cuantificación de Ridley que va del 0 al 6+, y se basa en el promedio de bacilos observados en el frotis en 100 campos (Cuadro No. 1):

Cuadro 1. LECTURA DE INTERPRETACIÓN DEL FROTIS CUTÁNEO (Escala de Ridley)

0	No se observa ningún bacilo en 100 campos
1 +	1 a 10 bacilos observados en 100 campos
2 +	1 a 10 bacilos observados en 10 campos
3 +	1 a 10 bacilos observados en 1 campo
4 +	10 a 100 bacilos observados en 1 campo
5 +	100 a 1000 bacilos observados en 1 campo
6 +	1000 o más bacilos observados en 1 campo y la presencia de globos

El IB disminuye lentamente en los pacientes tratados hasta llegar a cero. Cae en promedio una unidad en un año y después 0.66 unidades por año; por lo que no se recomienda hacer baciloscopía de seguimiento antes del año de haber iniciado el tratamiento.



Clasificación basada en el resultado de la baciloscopía:

- **Lepra paucibacilar (PB):** agrupa solo las formas indeterminadas con baciloscopía negativa, las tuberculosas (LT) y el borderline tuberculoide (BT).
- **Lepra multibacilar (MB):** incluye los dimorfos (BB), el borderline lepromatoso (BL,) los lepromatosos (LL) con baciloscopía positiva.

El índice morfológico anteriormente utilizado en el análisis de la baciloscopía ha entrado en desuso debido a la subjetividad por ser un método observador dependiente. Su utilidad se reduce a casos de sospecha de recidiva y resistencia medicamentosa poco documentados.

7.2 Estudio histopatológico:

Permite diferenciar claramente las diferentes formas de la lepra. Puede ser realizado de muestras de lesión cutánea o de nervio. El cuadro histopatológico se correlaciona con la fisiopatogenia de la enfermedad.

Aplicaciones del estudio histopatológico:

- ✓ Confirmar el diagnóstico de lepra.
- ✓ Clasificar con precisión el tipo de lepra.
- ✓ Identificación de carga bacilar en el tejido.
- ✓ Evaluación de la actividad de la enfermedad y respuesta al tratamiento.
- ✓ Diagnóstico de lepra reaccional.

Toma de la muestra:

La biopsia de la piel será realizada por dermatólogo o médico entrenado. Se realiza empleando un bisturí o un sacabocados incluyendo el tejido subcutáneo y filetes nerviosos, el diámetro recomendado es de 4 a 5 mm. La muestra se tomará en:

- Borde de lesión: LI
- Centro de lesión: LT, BT, BB.
- Área de piel infiltrada: BL, LL.

Hallazgos histopatológicos**Lepra indeterminada:**

En la mayoría de los casos, se presenta como una dermatitis crónica inespecífica, ya que se caracteriza por la presencia de un ligero infiltrado de células mononucleares (fundamentalmente linfocitos con algunos histiocitos), alrededor de los vasos, anexos y de los nervios. El infiltrado perineural es patognomónico de la lepra, baar negativo.



Lepra tuberculoide:

Granulomas de células gigantes de Langhans bien formados con "corona" linfocitaria, infiltrado dérmico que se disponen focalmente en la dermis superficial, media y profunda, rodeando vasos, anexos y fundamentalmente los nervios cutáneos, a los cuales invade y destruye, baar negativo.

Lepra borderline tuberculoide:

Granulomas sin "corona" linfocitaria que no llegan a epidermis, baar negativo o con escasos bacilos.

Lepra borderline borderline:

Granulomas mal formados, sin células gigantes, escasos linfocitos, baar siempre positivo (número moderado de bacilos).

Lepra borderline lepromatosa:

Infiltrado dérmico nodular de histiocitos sin grandes vacuolos.

Lepra lepromatosa:

Adelgazamiento de la epidermis, aplanamiento de las crestas papilares, infiltrado inflamatorio difuso en la dermis de tipo granulomatoso, con abundantes células vacuoladas cargadas de lípidos y bacilos, llamadas "células espumosas" o "células de Virchow" y ausencia de linfocitos o en muy escasa cantidad. Este infiltrado se dispone también rodeando los capilares, anexos y nervios de la dermis. Los bacilos son numerosos y con frecuencia se agrupan en paquetes o "globis", baar positivo.

Reacción leprosa tipo 1: granulomas, edema, vasodilatación, ausencia de bacilos o bacilos fragmentados.

Reacción leprosa tipo 2: paniculitis septal y lobular, neutrófilos, baar positivo.

Reacción leprosa tipo 2 (fenómeno de Lucio): macrófagos vacuolizados, vasculitis, trombosis, extravasación hemática, ampollas y necrosis de epidermis, baar positivo.

7.3 Segundo la disponibilidad, podrán realizarse otros exámenes:

Las pautas² no recomiendan pruebas adicionales, además de los métodos estándar para el diagnóstico de la lepra.



²Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación: Organización Mundial de la Salud; 2018.

El diagnóstico clínico de la lepra precoz y la lepra PB puede ser un desafío. Por lo tanto, se han desarrollado varios ensayos serológicos y otros análisis de laboratorio para complementar los métodos de diagnóstico clínico.

Sin embargo, los ensayos inmunoabsorbentes ligados a enzimas (ELISA) y los análisis de flujolateral se asocian con una baja precisión diagnóstica para la lepra PB. Aunque algunos ensayos, basados en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) están asociados con una mayor precisión diagnóstica, carecen de estandarización, no están disponibles comercialmente y serían difíciles de realizar en la mayoría de los entornos de atención primaria de salud.

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



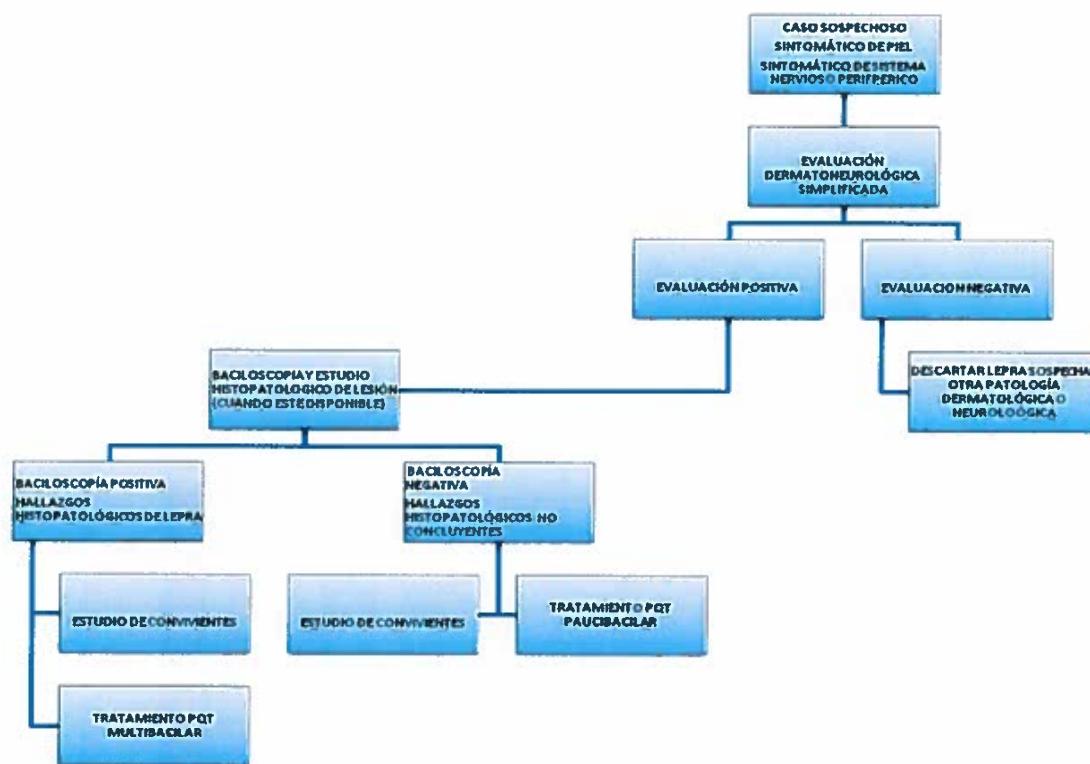
Características clínicas y de laboratorios de la Enfermedad de Hansen

Tipos De lepra	Manifestaciones cutáneas	Cambios neurales	Índice bacilar	Estados reaccionales	Biopsia de piel
I	Una o pocas manchas hipocrómicas o levemente eritematosas con o sin disminución de la sudoración, alopecia.	Leve hipoestesia en lesiones No troncos nerviosos engrosados	0	No	Infiltrado de células mononucleares (fundamentalmente linfocitos con algunos histiocitos), alrededor de los vasos, anexos y de los nervios
T	Máculas y placas de bordes nítidos elevados. Anhidrosis y alopecia	Anestesia en lesiones. Tronco nerviosos engrosado, Pérdida de función.	0	Raro	Granulomas de células gigantes de Langhans, con "corona" linfocitaria infiltrado dérmico rodeando vasos, anexos y fundamentalmente los nervios
BT	Número variable de placas hipopigmentadas o eritematosas con márgenes bien definidos. Anhidrosis y alopecia	Anestesia o hipoestesia en lesiones. Compromiso motor o sensitivo de uno o varios troncos nerviosos	0	Tipo 1	Granulomas sin "corona" linfocitaria que no llegan a epidermis
BB	Múltiples placas anulares con piel central de apariencia normal. Anhidrosis y alopecia parciales	Hipoestesia moderada en lesiones, compromiso asimétrico de troncos nerviosos	Positivo	Tipo 1	Granulomas mal formados, sin células gigantes,



					escasos linfocitos
BL	Gran cantidad de máculas brillantes hipopigmentadas o eritematosas, o nódulos y pápulas mal definidos	Hipoestesia o sensibilidad normal, Compromiso asimétrico de nervios periféricos	Positivo	Tipo 1 o 2	Infiltrado dérmico nodular de histiocitos sin grandes vacuolos
L	Múltiples máculas y tumefacciones imprecisas de color eritemato-cobrizos, nódulos en cara especialmente en oreja y nariz, infiltración en cejas y frente (madarosis) Compromiso en tronco y extremidades (superficies articulares)	Sensibilidad normal en lesione, Polineuropatía sensitivomotora, Simetría en extremidades y compromiso de nervios craneales (facial)	Positivo	Tipo 2	Infiltrado inflamatorio difuso en la dermis de tipo granulomatoso, compuesto por abundantes histiocitos cargados de bacilos y lípidos (células espumosas de Virchow) y ausencia o disminución de linfocitos. Este infiltrado se dispone también rodeando los capilares, anexos y nervios de la dermis



Flujograma 1. Caso sospechoso de lepra.

8. TRATAMIENTO

El tratamiento es integral: antibacilar, antirreacional, de prevención de discapacidades y de rehabilitación. Se recomienda la poliquimioterapia (PQT) como el tratamiento de elección para tratar los casos de Hansen y comprende una combinación de fármacos seguros y efectivos que son la Rifampicina, Clofazimina y Dapsona.

Ventajas de la PQT:

- Efectiva para curar la enfermedad.
- Es bien aceptada por los pacientes.
- Fácil de administrar.
- Previene el desarrollo de discapacidades.
- Interrumpe la transmisión de la infección.
- Reduce el riesgo de recaída.
- Previene el desarrollo de fármaco resistencia.

Bajo ninguna circunstancia se debe tratar la lepra con un solo medicamento. La PQT se suministra en paquetes (Blisters) que cubren cuatro semanas (28 días) de tratamiento. Para efectos de estos lineamientos, al periodo de cuatro semanas se le denomina "un mes". Existen distintos empaques (o Blisteres) con los mismos medicamentos, con esquemas para MB y PB para adultos y niños.

Composición de la PQT

La rifampicina es el medicamento más importante de todos, es un bactericida, se administra una vez al mes.

La diaminodifenilsulfona (Dapsona, DDS) es bacteriostática para el paciente a las dosis utilizadas en la PQT. No se debe usar Dapsona en los enfermos con alergia a las Sulfas.

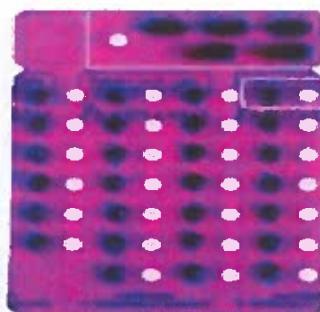
La clofazimina es bacteriostática y tiene mayor actividad cuando se administra diariamente, es bien tolerada y prácticamente atóxica en la dosis utilizada en la PQT.



Presentación de la PQT

Cada Blíster consta de 28 dosis: la primera dosis, que debe ser estrictamente supervisada por un personal de salud capacitado y las dosis subsiguientes del día 2 a 28 de tratamiento será autoadministrada.

El registro del tratamiento estrictamente supervisado (primera toma cada 28 días) se realizará por la enfermera en la **Tarjeta de Registro y Seguimiento de Pacientes con Lepra (Anexo 3)**



Paquete de blisters para MB adultos

Tratamiento MB adultos:

Una vez por mes: Día 1

- 2 cápsulas de rifampicina (300mg)
- 3 cápsulas de clofazimina (100mg)
- 1 tableta de dapsona (100mg)

Una vez por día: Días 2-28

- 1 cápsulas de clofazimina (50mg)
- 1 tableta de dapsona (100mg)

Tratamiento completo: 12 "blisters"

Fig. 12 Ejemplo de Blíster para adulto

Las pautas² recomiendan un régimen de 3 medicamentos de rifampicina, dapsona y clofazimina para todos los pacientes con lepra, con una duración de tratamiento de 6 meses para la lepra PB y 12 meses para la lepra MB.



² Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación: Organización Mundial de la Salud; 2018.

Esquemas terapéuticos:

Edad	Clasificación de la enfermedad	Medicamento	Dosis y frecuencia	Duración
Adulto	MB	Rifampicina	600 mg una vez al mes	12 meses
		Clofazimina	300 mg una vez al mes y 50 mg diarios.	
		Dapsona	100 mg diarios	
	PB	Rifampicina	600 mg una vez al mes	6 meses
		Clofazimina	300 mg una vez al mes y 50 mg diarios.	
		Dapsona	100 mg diarios	
Niños (10-14 años)	MB	Rifampicina	450 mg una vez al mes	12 meses
		Clofazimina	150 mg una vez al mes y 50 mg diarios.	
		Dapsona	50 mg diarios	
	PB	Rifampicina	450 mg una vez al mes	6 meses
		Clofazimina	150 mg una vez al mes y 50 mg diarios.	
		Dapsona	50 mg diarios	
Niños menores de 10 años o con peso menor a 40 kg	MB	Rifampicina	10 mg/kg una vez al mes.	12 meses
		Clofazimina	6 mg/kg una vez al mes y 1 mg/kg diarios.	
		Dapsona	2 mg/kg diarios.	
	PB	Rifampicina	10 mg/kg una vez al mes.	6 meses
		Clofazimina	6 mg/kg una vez al mes y 1 mg/kg diarios.	
		Dapsona	2 mg/kg diarios.	



En caso de que el paciente no complete las 6 (PB) o 12 (MB) primeras dosis mensuales supervisadas de rifampicina, clofazimina y dapsona en 6 meses (PB) o 12 (MB) meses consecutivos, se podrá extender hasta 9 meses (PB) y 18 meses (MB) para completar su tratamiento como período máximo.

Cuando se disponga de exámenes de laboratorios complementarios como hemograma con reticulocitos, TGO, TGP y creatinina, glucosa 6 fosfato deshidrogenasa deberán ser solicitados al inicio del tratamiento para el seguimiento de los pacientes. El análisis de los resultados de estos exámenes no deben retrasar el inicio de la PQT, excepto en los casos en que la evaluación clínica sugiere enfermedades que contraindiquen el inicio del tratamiento.

Durante el tratamiento, debemos realizar controles regulares. La periodicidad ideal de estos controles sería: mensual hasta los 3 meses, y posteriormente cada 3- 6 meses.



8.1 Efectos Secundarios a la PQT

Problemas menores	Fármaco	Manejo
Orina se puede tornar ligeramente rojiza una hora después de tomar el medicamento.	Rifampicina	Orientación
Produce una coloración negro-pardusca y sequedad de la piel, que desaparece luego de unos meses a dos años de haber interrumpido el tratamiento.	Clofazimina	Orientación.
Alteraciones gastrointestinales.	Rifampicina Clofazimina Dapsona	Administrar los tres medicamentos con alimentos.
Anemia	Dapsona	Hay que tratar anemia grave preexistente antes de iniciar el tratamiento con Dapsona.
Problemas más serios	Fármaco	Manejo
Eruzión cutánea pruriginosa	Dapsona	Suspender Dapsona y referir al servicio de dermatología
Alergia, urticaria	Dapsona o Rifampicina	Suspender ambos medicamentos y referir al servicio de dermatología
Ictericia, púrpura, insuficiencia renal	Rifampicina	Suspender Rifampicina, referir al servicio de dermatología
Metahemoglobinemia, hemólisis, (pacientes con deficiencia de la Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa son más susceptibles a estos efectos colaterales).	Dapsona	Suspender Dapsona y referir al servicio de dermatología



Conductas para efectos adversos de la PQT:

Se debe solicitar exámenes de laboratorio, específicos para confirmación y/o diagnóstico diferencial de otras patologías que pueden ocurrir concomitantemente.

La Comisión Consultiva de Dermatología de la FDA recomienda realizar recuento de Hemograma Completo, cuando sea posible, semanalmente durante el primer mes, mensualmente durante seis meses, y cada seis meses a partir de entonces de mantenerse tratamiento con dapsona. Si se observa una reducción significativa de leucocitos, plaquetas o hemopoyesis, la dapsona debe interrumpirse.

Si suspender el medicamento no es suficiente para la regresión del cuadro y los exámenes de laboratorio muestran alteraciones importantes, el paciente debe ser referido a la especialidad correspondiente de acuerdo al caso.

8.2 Esquemas terapéuticos sustitutos

Los siguientes esquemas deben ser utilizados en los casos de intolerancia grave o contraindicación a una o más drogas del esquema-patrón de PQT.

Casos de intolerancia a dapsona (DDS)

	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Duración de tratamiento	6 meses	12 meses
Día 1 (repetir esta dosis mensual supervisada)	Rifampicina 600 mg Clofazimina 300 mg	Rifampicina 600 mg Clofazimina 300 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg
Día 2 al 28, dosis diaria, (auto-administrada)	Clofazimina 50 mg	Clofazimina 50 mg Ofloxazina 400mg o Minociclina 100mg

Casos de intolerancia a Clofazimina

	MULTIBACILAR
Duración de tratamiento	12 meses
Día 1 (repetir esta dosis mensual supervisada)	Rifampicina 600 mg Dapsona 100 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg
Día 2 al 28, dosis diaria, (auto-administrada)	Dapsona 100 mg Ofloxazina 400mg o Minociclina 100mg



Casos de intolerancia a rifampicina (RFM)

	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Duración de tratamiento	6 meses	24 meses
Día 1 (repetir esta dosis mensual supervisada)	Dapsona 100 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg	Dapsona 100 mg Clofazimina 300 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg
Día 2 a 28, dosis diaria, (auto-administrada)	Dapsona 100 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg	Dapsona 100 mg Clofazimina 50 mg Ofloxazina 400mg o Minociclina 100mg

Casos de intolerancia a rifampicina (RFM) y a Dapsona (DDS)

	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Duración de tratamiento	6 meses	24 meses en hasta 36 meses
Día 1 (repetir esta dosis mensual supervisada)	Clofazimina 300 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg	6 primeros meses Clofazimina 300 mg Ofloxacina 400 mg Minociclina 100 mg
Día 2 al 28, dosis diaria, (auto-administrada)	Clofazimina 50 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg	Clofazimina 50 mg Ofloxazina 400mg o Minociclina 100mg
Primer día (dosis mensual supervisada)		18 meses subsiguientes Clofazimina 300 mg Ofloxacina 400 mg o Minociclina 100 mg
Día 2 al 28, dosis diaria, (auto-administrada)		Clofazimina 50 mg Ofloxacina 400mg o Minociclina 100mg

Notas

- En niños menores de 8 años de edad está contraindicado el uso de minociclina si es necesario retirar la rifampicina, deberá ser sustituido por ofloxacina en dosis de 10 mg/kg/día.
- En embarazadas con intolerancia a dapsona, el esquema terapéutico recomendado es de rifampicina con clofazimina, por el riesgo que representa la ofloxacina y la minociclina para el feto.



Esquemas de tratamiento para casos especiales (trastornos mentales, uso de alcohol y de otras drogas, entre otras situaciones).

	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Duración de tratamiento	6 meses	24 meses
Dia 1 (repetir esta dosis mensual supervisada)	Rifampicina 600 mg Ofloxacina 400 mg Minociclina 100 mg	Rifampicina 600 mg Ofloxacina 400 mg Minociclina 100 mg

Esquemas de tratamientos por resistencia a medicamentos.

Tipo de Resistencia	Tratamiento	
	Primeros 6 meses (diariamente)	Los siguientes 18 meses (diariamente)
Resistencia a Rifampicina	Ofloxacina 400 mg +Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg	Ofloxacina 400 mg ó Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg
	Levofloxacina 500 mg + Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg	Levofloxacina 500 mg ó Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg
	Moxifloxacina 400 mg + Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg	Moxifloxacina 400 mg ó Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg
Resistencia a Rifampicina y Ofloxacina	Clarithromicina 500 mg + Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg	Clarithromicina 500 mg ó Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg

8.3 Conducta en situaciones irregulares

Lepra neural pura:

Se hará el tratamiento con PQT para MB definida y el tratamiento adecuado del daño neural.

Conductas para pacientes irregulares:

Los pacientes que no completaron el esquema en el tiempo establecido, deberá evaluarse la necesidad de reinicio o aprovechar las últimas dosis anteriores de la PQT.



Conductas para casos MB sin mejoría clínica al finalizar el esquema:

Estos pacientes deberán ser referidos para evaluación al servicio de dermatología. La conducta deberá ser basada en el examen dermatoneurológico simplificado y la correlación con la baciloscopía e histopatología.

Es esperado que los casos que al inicio del tratamiento presentan gran cantidad de lesiones infiltradas de piel tengan mayor riesgo de desarrollar reacciones y regresión lenta de la enfermedad y por consiguiente daño neural. La mayoría de estos pacientes seguirá mejorando después de concluir el tratamiento con 12 dosis (blisters).

Lepra y embarazo:

El embarazo y la lactancia no contraindican el esquema de tratamiento de PQT. Se debe tener especial atención en el período comprendido entre el tercer trimestre de embarazo y el puerperio, período en el cual las reacciones leprosas son más frecuentes.

Lepra y anticoncepción:

La rifampicina puede interactuar con los anticonceptivos orales disminuyendo su acción. Mujeres con diagnóstico de Lepra en edad fértil se les debe recomendar otro anticonceptivo y deben recibir orientación para planificar la gestación después de finalizado el tratamiento.



Lepra y tuberculosis:

Se debe mantener el esquema terapéutico apropiado para tuberculosis (recordando en este caso que la dosis de rifampicina de 600 mg será administrada diariamente), agregando los medicamentos específicos de la PQT.

Casos en que no se utiliza rifampicina en el tratamiento de la tuberculosis por resistencia del mycobacterium tuberculosis a esta droga: utilizar el esquema patrón PQT de lepra.

Lepra e infección por HIV y/o SIDA:

Debe mantenerse el esquema PQT de acuerdo con la clasificación operacional. Se debe prestar atención a las reacciones leprosas que pueden ocurrir con mayor gravedad en estos pacientes.

Lepra y otras enfermedades:

En caso de asociación de lepra con enfermedades hepáticas, renales o hematológicas, se escogerá el mejor esquema terapéutico en conjunto con el especialista del órgano comprometido.

8.4 Tratamiento de estados reaccionales

Para el tratamiento de las reacciones es imprescindible:

- Diferenciar el tipo de reacción leprosa;
- Evaluar la extensión del compromiso de nervios periféricos, órganos y otros sistemas (Evaluación dermatoneurológica simplificada);
- Investigar y controlar factores potencialmente capaces de desencadenar los estados reaccionales (infecciones, disturbios hormonales, factores emocionales y otros).
- Conocer contraindicaciones, interacciones y efectos adversos de los medicamentos utilizados en la PQT y en los estados reaccionales; ante alguna reacción adversa por medicamento utilizar el formulario de sospecha de reacciones adversas. ([Anexo 4](#))
- Iniciar precozmente la terapéutica medicamentosa y medidas coadyuvantes adecuadas para prevenir discapacidades; y
- Los casos graves deben ser manejados en centros hospitalarios de tercer nivel.

Los estados reaccionales no contraindican el inicio de la PQT, no implica su interrupción ni es indicación de reinicio de la PQT si el paciente ya hubiese concluido su tratamiento



Tratamiento de reacción tipo 1 o reacción reversa (RR)

Intensidad	Manifestación clínica	Tratamiento
Leve	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones cutáneas con eritema Sin ulceración ni neuritis 	Antiinflamatorios no esteroideos
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones cutáneas pre existentes eritematosas, edematosas, dolorosas. Sin compromiso sistémico ni neuritis 	Antiinflamatorios no esteroideos
Grave	<ul style="list-style-type: none"> Neuritis con o sin lesión cutánea 	Corticoesteroides

Antiinflamatorios no esteroideos recomendados:

- Ácido acetil - salicílico 500 mg hasta 4 días.
- Indometacina 25 a 50 mg cada 12 horas (no dosis mayor a 200 mg por día).
- Naproxeno 500 a 1000 mg por día dividido cada 12 horas (no dosis mayor a 1000 mg por día).

Reacción grave:

1. Iniciar prednisona a dosis de 1 a 1,5 mg/kg/día (excepcionalmente de 1,5 a 2 mg/kg/día), conforme a evaluación clínica.
2. Mantener la PQT si el paciente aún estuviese en tratamiento específico.
3. Inmovilizar el miembro afectado en caso de neuritis asociada.
4. Monitorizar la función neural sensitiva y motora.
5. Reducir la dosis de corticoide conforme a la respuesta terapéutica.
6. Programar y realizar acciones de prevención de discapacidades.

Esquema de tratamiento con esteroides para reacción tipo 1

PREDNISONA o PREDNISOLONA - ADULTOS	
Semana de tratamiento	Dosis diaria
1 - 2	40 mg
3 - 4	30 mg
5 - 6	20 mg
7 - 8	15 mg
9 - 10	10 mg
11 - 12	5 mg



- ❖ La dosis usual de corticoide oral usada en niños es 1 mg/Kg/día.

- ❖ Los casos de **neuritis aislada** también deben ser tratados con prednisona.

Al utilizar corticoide, deben tomarse las siguientes medidas:

- Registro de peso, presión arterial y de glicemia en ayunas en sangre para control.
- Tratamiento antiparasitario con medicamento específico para *Strongiloydes stercoralis* para prevenir la diseminación sistémica de este parásito (Tiabendazol 50 mg/kg/día, en 3 tomas por 2 días o 1,5 g/dosis única, o Albendazol a dosis de 400 mg/día, durante 3 días consecutivos).
- Profilaxis de osteoporosis: calcio 1000 mg/día, vitamina D 400-800 UI/día.

Tratamiento de reacción tipo 2 o eritema nodoso leproso (ENL)

Intensidad	Manifestación clínica	Tratamiento
Leve	<ul style="list-style-type: none"> • ENL (pocos nódulos) • Sin compromiso sistémico • Sin neuritis 	Anti inflamatorios no esteroideos
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • ENL • Compromiso sistémico moderado • Sin neuritis • Sin compromiso de otros órganos 	Talidomida Clofazimina Pentoxifilina
Grave	<ul style="list-style-type: none"> • ENL • Compromiso sistémico grave • Neuritis • Compromiso de otros órganos 	Talidomida y/o Corticoesteroides y/o Clofazimina y/o Pentoxifilina

Prednisona

El uso de corticoesteroides debe ser reservado para casos de ENL grave. Uno de los efectos colaterales más serios de su prescripción indiscriminada es la dependencia a los mismos.

Su uso es obligatorio en conjunto con talidomida en los siguientes casos:

- ✓ ENL necrotizante
- ✓ Neuritis con alteración progresiva de la función neural
- ✓ Iritis, orquiepididimitis, nefritis, hepatitis
- ✓ Mano y pie reaccional



Talidomida

Es una droga efectiva en el ENL, pero debido a sus efectos colaterales debe ser cuidadosamente controlada. Por ser altamente teratogénico el uso en mujeres en edad fértil debe ser considerado solo en aquellos casos cuyo ENL no puede ser

controlado con otros medicamentos y debe ser administrado en conjunto con anticonceptivos.

La dosis habitual varía de 100 a 400mg/día, en dosis fraccionada, hasta que los síntomas desaparezcan y después disminuir 100 mg por semana y mantener 50 mg por 30 a 60 días.

En los casos de reacción tipo 2 y las siguientes situaciones está contraindicado el uso de talidomida y deben indicarse corticoides:

- ✓ Mujeres embarazadas o con riesgo de embarazarse (mujeres en edad fértil)
- ✓ Neuritis
- ✓ Presencia de lesiones oculares reaccionales
- ✓ Edema infiltrante reaccional de manos y pies.
- ✓ Glomerulonefritis, orquiepididimitis, artritis, vasculitis o eritema nodoso necrotizante.
- ✓ Reacción tipo eritema polimorfo grave.

Clofazimina

Es una de las drogas de la PQT, sin embargo, es necesario utilizar dosis más altas para controlar el ENL. La clofazimina no alivia síntomas agudos y demora 2 meses para tener efecto terapéutico antiirreaccional.

Los pacientes con reacciones recurrentes deben ser tratados con clofazimina a dosis alta (300 mg al día durante tres meses; seguido de una reducción gradual de la dosis hasta llegar a una dosis de mantenimiento mensual de 100 mg al día, hasta que no se produzca ningún otro episodio de reacción).

Pentoxifilina

Se recomienda como alternativa en mujeres en edad fértil con reacción tipo 2. La dosis recomendada es de 400mg cada 8 horas, asociado a prednisona 0,5mg/Kg/día. Reducir la dosis de prednisona en un promedio de 20 a 30 días, manteniendo la pentoxifilina por 2 a 3 meses, dependiendo de la evolución del cuadro clínico.

En caso de sospecha de falla por fármacos los mismos serán notificados en [formularios](#) de sospecha de falla farmacéuticas y terapéutica. (Anexo 5)



8.5 Tratamiento quirúrgico de las neuritis

Este tratamiento está indicado después de agotados todos los recursos clínicos para reducir la compresión del nervio periférico por estructuras anatómicas constrictivas próximas. Se realizará descompresión neural quirúrgica de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- Absceso de nervio
- Neuritis que no responde a tratamiento clínico establecido dentro de cuatro (4) Semanas
- Neuritis crónicas
- Neuritis de nervio tibial después de evaluación, por ser generalmente silenciosa y no siempre responder bien a corticoides.
- La cirugía puede ayudar en la prevención de úlceras plantares.

8.6 Tratamiento para dolor neural no controlado y/o crónica

En pacientes con dolor persistente y cuadro sensitivo y motor normal, podrán ser utilizados antidepresivos tricíclicos o anticonvulsivantes.

Antidepresivos tricíclicos:

Fármaco	Presentación	Dosis habitual/día	Dosis máxima
Clorhidrato de amitriptilina	25 mg comprimido	25-150 mg	300 mg
Clorhidrato de Nortriptilina	25 y 50 mg cápsulas	10-50 mg (0.2 -3 mg por Kg)	150 mg

Anticonvulsivantes:

Fármaco	Presentación	Dosis habitual día	Dosis máxima
Carbamazepina	200 mg comprimido 20 mg / ml suspensión oral	200 – 1200 mg	3000 mg
Gabapentina	300 mg y 400 mg cápsula	900- 2400 mg	3600 mg



9. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASOS

Los pacientes de lepra deben ser citados mensualmente (cada 28 días) para su evaluación, orientación sobre el autocuidado de las lesiones, administración de la primera dosis supervisada de PQT y entregar el resto del blister para la toma auto administrada en su hogar. Se debe hacer énfasis en la importancia del examen de contactos.

El control mensual debe consignar la siguiente información en la historia clínica:

- Fecha de última cita
- Examen dermatoneurológico simplificado, que debe ser realizado:
 - Al inicio del tratamiento
 - Cada tres meses durante el tratamiento si no hay quejas.
 - Siempre que hay quejas tales como: dolor en trayecto nervioso, debilidad muscular, inicio o empeoramiento de trastornos de sensibilidad.
 - Durante el control periódico de pacientes en uso de corticoides en estados reaccionales.
 - Al egreso del tratamiento.
 - En el control pos-operatorio de descompresión neural quince (15), cuarenta y cinco (45), noventa (90) y ciento ochenta (180) días.
- Clasificación operacional actual
- Esquema terapéutico actual y posibles efectos adversos
- Número de dosis supervisadas recibidas de PQT/OMS.
- Episodio reaccional durante el tratamiento
- Número de contactos registrados y examinados
- En caso de alta: tipo, fecha y grado de discapacidad a su alta por cura.

En caso de reacciones o de otras complicaciones, el paciente debe ser examinado en intervalos menores.

9.1 Prevención de discapacidades

El diagnóstico precoz y tratamiento inmediato específico (PQT) tanto de la enfermedad como de los episodios reaccionales con compromiso neural son las medidas fundamentales para la prevención de discapacidades.

El tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas y el inicio del tratamiento juega un papel importante en el pronóstico de la enfermedad y el daño a los nervios.

Es importante tener en cuenta que también puede ocurrir un daño significativo del nervio durante la PQT, e incluso después que el paciente ha terminado el esquema completo de tratamiento. El riesgo se reduce de manera sostenida en el curso de los siguientes tres años. Los casos MB que tienen alteración de la función del nervio al momento del diagnóstico tienen un riesgo mayor de daño al nervio que otros pacientes y, por ende, deben estar bajo un monitoreo cercano.



Por lo general, el daño reciente del nervio (menos de 6 meses) se puede revertir con el empleo de esteroides, pero en muchos casos, no debe esperarse una mayor recuperación cuando el daño ocurrió mucho tiempo antes. Estas personas necesitan, por tanto, aprender cómo minimizar cualquier efecto adverso y cómo prevenir cualquier empeoramiento de dicho daño.

Existen cinco problemas físicos comunes que afectan la vida cotidiana de las personas que han tenido lepra y, desde luego, muchas de ellas tienen que enfrentar más de uno de ellos:

1. Problemas para cerrar los ojos

La falta de fuerza muscular para cerrar los ojos significa que la córnea se encuentra constantemente en riesgo de exposición y el daño de esta exposición produce una ulceración de la córnea que cicatriza, pero con el tiempo interfiere con la visión y progresiva a una ceguera. El objetivo de las intervenciones de prevención de discapacidades es la preservación de la visión.

Autocuidado en el hogar:

- Revisar el ojo en el espejo todos los días para descubrir si hay enrojecimiento.
- Aprender a parpadear frecuentemente para mantener húmedos los ojos y ejercitarse los párpados.
- Utilizar sombrero o anteojos para prevenir que entre polvo a los ojos.
- Utilizar una sábana o una malla mosquitera para cubrirse la cabeza por la noche.

Intervenciones sencillas organizadas en el servicio de salud:

- Suministrar gotas salinas para aplicar en los ojos cuando están muy secos.
- Tratar la conjuntivitis con antibióticos y un parche de ojo.
- Referir los problemas oculares graves a una clínica oftalmológica.

Servicios de referencia para intervenciones más complejas:

- Cualquier problema agudo del ojo debe manejarse en una clínica oftalmológica.
- La cirugía correctiva puede ser útil en casos graves de lagoftalmo.
- Recordar que la catarata es la causa más común de ceguera en las personas de edad avanzada, tengan o no lepra, y esta no impide la cirugía de rutina para catarata.

2. Pérdida de sensibilidad en las manos

Por lo general, el entumecimiento se acompaña de pérdida de la sudoración y como resultado, sequedad extrema de la piel. Estas dos condiciones dan lugar a lesiones recurrentes, grietas y ulceraciones que inducen a infecciones crónicas, rigidez y pérdida de tejido, causando una discapacidad cada vez mayor de la mano. Las intervenciones de la prevención de discapacidades están dirigidas a mantener la piel en buenas condiciones y a evitar lesiones de la misma a través de adecuar las actividades rutinarias si fuese necesario.



Autocuidado en el hogar:

- Revisar todos los días para buscar signos de lesión.
- La pérdida de la sensibilidad está asociado con resequedad de la piel, de manera que la mano insensible debe bañarse en agua durante 30 minutos todos los días para mantener la elasticidad de la piel. Utilice una piedra áspera para frotar y eliminar cualquier callo y luego aplique aceite (mineral, de bebe o de almendras) o vaselina para prevenir que la piel se reseque.
- Si hay una herida en la mano debe limpiar la herida y colocar un apósito limpio. Debe tener reposo e inmovilización de la parte afectada con una férula sencilla.

Intervenciones sencillas organizadas en el servicio de salud:

- Examinar, orientar y referir en caso necesario.

Servicios de referencia para intervenciones más complejas:

- Ayudar a la persona a adaptar herramientas para prevenir lesiones en las manos insensibles.
- Eliminar callos gruesos y debridar las úlceras.
- Si existe debilidad o contractura, se debe fabricar una férula para utilizarla en las noches.
- Una infección agresiva constituye una urgencia (la mano está caliente, roja e hinchada) y debe referirse para tratamiento intensivo con antibióticos y cirugía.

3. Debilidad y deformidad de las manos

La debilidad muscular constituye una discapacidad en sí misma, pero con el tiempo, puede causar la formación de contracturas y deformidades fijas. Las actividades de prevención de discapacidades contribuyen a preservar la fuerza y prevenir las contracturas y deformidades.

Autocuidado en el hogar:

- Si existe debilidad muscular de la mano, el estiramiento pasivo y los ejercicios activos pueden ayudar a prevenir las contracturas y pueden incluso producir cierto fortalecimiento.

Intervenciones sencillas organizadas en el servicio de salud:

- Examinar, orientar y referir en caso necesario.

Servicios de referencia para intervenciones más complejas:

- La cirugía puede ser adecuada en algunos casos de debilidad o de mano en garra, siempre y cuando las articulaciones permanezcan móviles



4. Pérdida de la sensibilidad y ulceraciones de los pies

Los mismos problemas de resequedad, lesiones recurrentes (en particular como resultado de la marcha), grietas y ulceraciones con frecuencia se presentan en el pie insensible. Las complicaciones tardías incluyen infección crónica (osteomielitis) que en ocasiones requiere de amputación. Las intervenciones de prevención de discapacidades se encaminan a vigilar la condición de la piel y el uso de calzado adecuado para ayudar a prevenir dichas lesiones. Incluso, podría ser recomendable un cambio en las actividades cotidianas.

Autocuidado en el hogar:

- Revisar los pies todos los días en búsqueda de lesiones.
- Remojar y aceitar los pies, tal como las manos; utilizar una piedra áspera para raspar y eliminar cualquier callosidad.
- Caminar lo menos posible; de hacerlo, debe ser despacio y tomar descansos frecuentes.
- Si existen úlceras, el reposo es esencial.
- Todas las úlceras simples cicatrizan, siempre que se tenga suficiente descanso, pero ninguna úlcera sanará si no lo hay. El reposo debe ser con la pierna elevada. Si es necesario caminar, utilice muletas.
- Utilizar un apósito limpio para cubrir heridas abiertas y úlceras.
- Si el pie está caído, el estiramiento pasivo ayudará a prevenir una contractura del tendón de Aquiles.
- El autocuidado tiene éxito cuando las personas se hacen responsables de su propio cuidado.
- La colocación diaria de apóritos se puede hacer en casa utilizando materiales locales.

Intervenciones sencillas organizadas en el servicio de salud:

- Preparar calzado adecuado.
- Examinar, orientar y referir en caso necesario.

Servicios de referencia para intervenciones más complejas:

- Eliminar callos gruesos y debridar las úlceras.
- Las úlceras crónicas se pueden ayudar con ortopedia por medio de cirugía.
- Para el pie caído, fabricar un aparato con un resorte que mantenga el pie en la posición correcta mientras camina.
- Una infección agresiva constituye una urgencia (el pie está caliente, rojo e hinchado) y debe referirse para tratamiento intensivo con antibióticos y cirugía.
- Cirugía para pie caído.



5. Debilidad y deformidad de los pies

La debilidad muscular que afecta los dedos de los pies es bastante común, pero por lo general no afecta la marcha. El pie caído puede producir problemas con la marcha.

9.2 Definiciones de tipo de pacientes y de resultados:

El caso de lepra, al egresar, puede recibir la siguiente clasificación:

- **Tratamiento completado en el plazo normal:** paciente nuevo que recibe tratamiento antileproso con una tanda completa de politerapia (seis dosis en 9 meses para los casos PB o doce dosis en 18 meses para los casos MB).

El criterio de egreso por cura no depende de la negativización de la baciloscopía del raspado intradérmico.

Este paciente debe tener consignado a su egreso:

- Evaluación dermatoneurológica simplificada.
- Evaluación del grado de discapacidad.
- Orientación de los cuidados pos alta.

- **Caso de retratamiento** (de lepra): paciente diagnosticado de lepra que ya ha recibido antes tratamiento antileproso. Los casos de retratamiento se clasifican a su vez en las siguientes subcategorías:
 - **Retratamiento tras haber perdido el contacto:** paciente diagnosticado de lepra que abandonó el tratamiento antes de completarlo y regresa al establecimiento de salud para completar el tratamiento pasados 3 meses en los casos PB o 6 meses en los MB.
 - **Recaída:** paciente que completó en el pasado una tanda completa de tratamiento contra lepra y regresa con signos y síntomas de la enfermedad que el médico clínico no atribuye a una reacción leprosa.
 - **Traslado:** paciente que ha comenzado el tratamiento en un establecimiento de salud y acude a otro distinto para seguir el tratamiento.
 - **Otras formas de retratamiento:** todo caso de lepra que requiera retratamiento y no corresponda a ninguna de las tres anteriores.
- **Pérdida e contacto:** paciente que ha interrumpido el tratamiento durante 3 meses o más (en los casos PB) o durante 6 meses o más (en los MB). Anteriormente se definía como "incumplimiento", pero se ha cambiado a "pérdida de contacto" para usar un término que no resulte peyorativo para las personas afectadas por la lepra.
- **Traslado:** paciente diagnosticado de lepra que comenzó el tratamiento en un establecimiento de salud donde quedó registrado y posteriormente ha sido transferido a otro establecimiento de salud (en la medida de lo posible, se



asignará a estos pacientes un resultado de tratamiento tras preguntar al establecimiento de procedencia).

- **Fallecimiento:** paciente diagnosticado de lepra y fallecido por cualquier causa durante el tratamiento.
- **Respuesta clínica al tratamiento insuficiente o insatisfactoria:** paciente que no responde clínicamente pese a recibir el tratamiento adecuado.
- **Tratamiento completado o en curso más allá del plazo normal :** paciente diagnosticado de lepra y tratado con una tanda completa de politerapia (6 meses en los casos PB; 12 meses en los casos MB) para quien el médico clínico ha decidido que el tratamiento debe prolongarse más allá de la duración normal (debido a efectos adversos de la politerapia por lo que se está siguiendo una pauta distinta o más larga, o debido a la detección de una cepa resistente que precisa de tratamiento más prolongado).
- **Referido.** Casos que son transferidos a otro establecimiento de salud para continuar su tratamiento.
- **Muerto.** Caso que fallece durante el tratamiento.

9.3 Problemas psico-sociales

Los problemas psico-sociales se asocian a muy extendidas creencias y prejuicios respecto a la lepra y sus causas subyacentes, y no sólo al problema de la discapacidad. Las personas con lepra a menudo desarrollan estigma auto-impuesto, baja autoestima y depresión como resultado del rechazo y la hostilidad de los miembros de la familia y de la comunidad. Estas actitudes negativas también se encuentran entre el personal de los servicios de salud, incluidos los médicos, situación que necesita corregirse urgentemente.

Estos pacientes deben ser referidos a salud mental y trabajo social.



9.4. Referencia del paciente

La referencia debe hacerse desde el nivel local si se considera que el paciente presenta una condición que debe ser vista por el médico dermatólogo.

Los estados reaccionales deben ser referidos al dermatólogo.

9.5 Situaciones pos alta por cura

El seguimiento de los casos después de su alta, consiste en evaluar las posibles complicaciones que puedan ocurrir con los pacientes de Lepra que ya concluyeron su tratamiento de PQT.

1. Reacciones pos-alta por cura

Los pacientes que al momento de su alta por cura, presentan reacciones o deficiencias sensitivas motoras y/o discapacidades deben ser monitorizados y orientados a acudir a su unidad de salud de control, en caso de aparición de nuevas lesiones de piel y/o dolor en trayecto nervioso y/o mayor alteración de la función sensitiva y/o motora.

2. Recaída

Caso sugestivo de recaída de lepra

- Paciente que completó en el pasado una tanda completa de tratamiento contra lepra y regresa con signos y síntomas de la enfermedad que el médico clínico no atribuye a una reacción leprosa
- **Baciloscopía:** Aumento del índice bacteriológico con relación al egreso de tratamiento. La sola positividad no es suficiente porque algunos enfermos al terminar el año de PQT pueden tener baciloscopía positiva. (revisar anterior)
- **Biopsia de piel** con indicio de enfermedad activa evidenciada por la presencia de inflamación intraneuronal con daño neural o presencia de bacilos en los infiltrados inflamatorios o en los macrófagos; la presencia de macrófagos espumosos sin bacilos o con escasas formas granulosas debe interpretarse como lesión residual y no recidiva. Los aspectos clínicos e histopatológicos de las recidivas deben diferenciarse de las reacciones tipo I y II de la lepra según los criterios conocidos.

La PQT es un tratamiento muy efectivo contra la lepra. Si se ha tomado adecuadamente supervisado el esquema completo, es raro que se presente una recaída, aún cuando resulta esencial continuar la vigilancia. Los pacientes que comienzan el tratamiento con un IB elevado tienen mayor probabilidad de sufrir una recaída posterior; sin embargo, la mayoría de éstas aparece después de que se administró el medicamento (en ocasiones, hasta más de 10 años después). Por fortuna, el empleo de la combinación de fármacos (PQT) ha preventido el desarrollo de



resistencia a medicamentos contra la lepra, de manera que los casos que recaen se pueden tratar con el mismo esquema de medicamentos de manera efectiva.

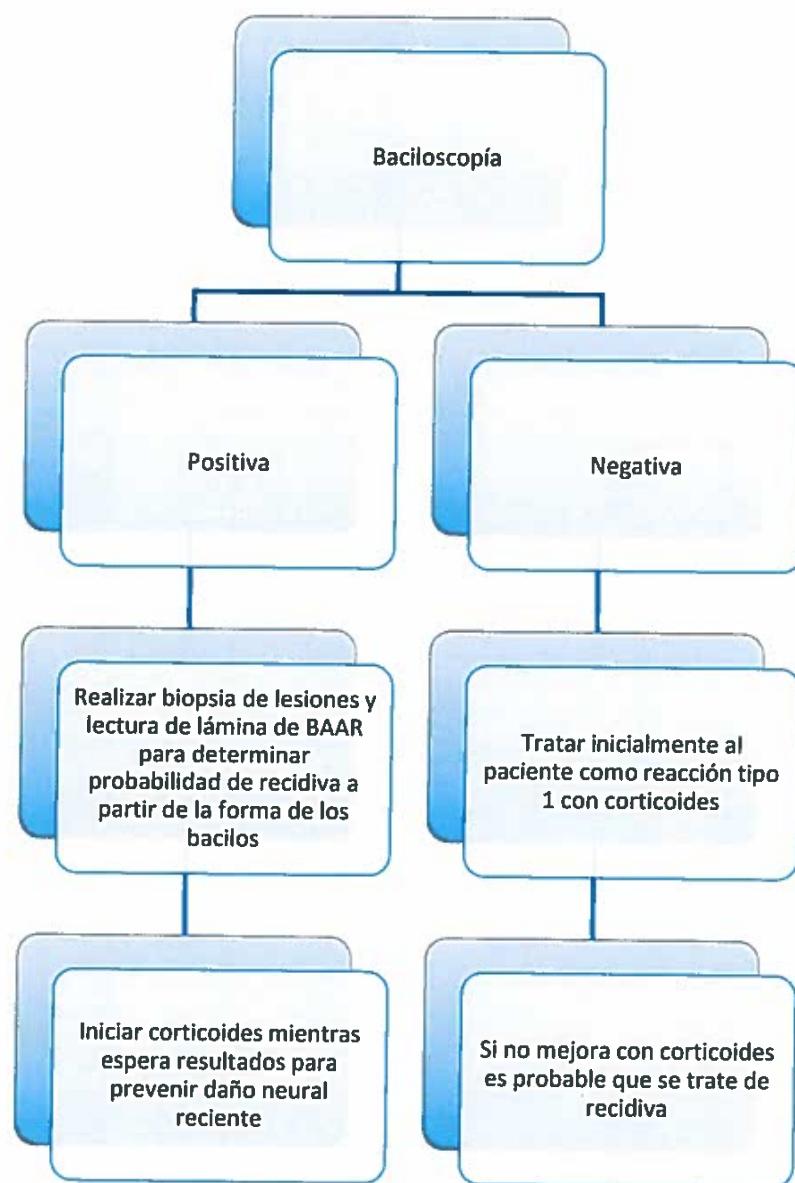
Las recaídas PB son difíciles de diferenciar de las reacciones de reversa, pero si existen signos de daño reciente del nervio, muy probablemente se trate de una reacción. El tiempo que ha transcurrido desde que la persona fue tratada representa la característica más útil para distinguir entre estas dos lesiones: si es menos de tres años, lo más probable es que se trate de una reacción, en tanto que si son más de tres años, es más presumible que sea una recaída. A diferencia de la recaída, en la cual un esquema de esteroides no tendrá un efecto significativo, la reacción sí se puede tratar con esteroides, de manera que utilizarlos como un "ensayo terapéutico" puede contribuir a aclarar el diagnóstico.



Diferencia entre reacción de reversa y recaída

CARACTERÍSTICAS	REACCIÓN DE REVERSA	RECAIDA
Intervalo de tiempo	Aparece antes, durante o meses después de la finalización de la PQT.	Ocurre mucho después de terminar PQT, en general por encima de los 5 años
Aparición	Súbita	Lenta e insidiosa
Manifestaciones sistémicos	Puede haber fiebre y malestar	Generalmente no hay manifestaciones sistémicas
Lesiones antiguas	Algunas o todas se vuelven eritematosas, brillantes, hinchadas, con infiltración	Algunas lesiones antiguas pueden volverse eritematosas e infiltradas nuevamente y además aparecen múltiples lesiones nuevas
Ulceración	Las lesiones muchas veces se agravan y ulceran	Raramente hay ulceración
Regresión	Con descamación	No hay descamación
Lesión de nervios	Muchos nervios pueden ser afectados con dolor, alteración de la sensibilidad y manifestaciones motoras en forma aguda	Puede afectar un solo nervio. Y los daños motores ocurren muy lentamente
Respuesta a los corticoides	Excelente	Poca o ninguna



Flujograma 3. Para distinguir daño neural tardío de una recidiva

10. EQUIDAD, JUSTICIA SOCIAL Y DERECHOS HUMANOS

Los principales aspectos de los derechos humanos para las personas afectadas por la lepra son la dignidad de la persona y el acceso igualitario al tratamiento adecuado. Históricamente ha sido una enfermedad incomprendida a la cual se le tiene miedo y los pacientes han sido tratados con crueldad. Hoy la lepra es una enfermedad curable y las personas no tienen deformidades ni discapacidades si se empieza precozmente el tratamiento. El tratamiento se puede hacer en casa y la persona puede seguir asistiendo a sus actividades rutinarias.

En algunas comunidades, aún está presente el miedo y la falta de entendimiento. Muchas personas se niegan a admitir que tienen los primeros signos de lepra. Se tardan en iniciar el tratamiento. Los pacientes sin tratamiento pueden infectar a otras, así el mito de la lepra y el temor que causa se mantienen.

Para combatir esta actitud se requiere de educación para la salud sistemática en todos los niveles de atención y en la comunidad. Debe informarse y educarse en escuelas, centros de salud, radio y otros. Se debe:

- Preservar la autonomía, la integridad física y moral de las personas con Enfermedad de Hansen y humanizar su atención de salud.
- Proporcionar información sobre lepra en todos los niveles del sistema de enseñanza con énfasis en las carreras del área de la salud.
- Desarrollar material educativo para los pacientes, familiares, personal de salud y la comunidad sobre derechos humanos y divulgar los mismos.
- Realizar reuniones para identificar formas de participación de las personas y asociaciones de enfermos y estrategias de financiamiento.
- Apoyar a los pacientes y familiares para que tengan acceso a educación, servicios de salud, trabajo y los derechos sociales que se merecen.
- Incentivar a las autoridades nacionales para que adopten las directrices recomendadas por las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de los pacientes con lepra y sus familiares.

Es fundamental que la Lepra se trate en los servicios de salud como cualquier otra enfermedad, que pueda ser diagnosticada y tratada por los profesionales de los centros del primer nivel en el marco de atención primaria.



11. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Es de gran importancia en salud pública, comprender la epidemiología de esta enfermedad, para recolectar, procesar, analizar e interpretar los datos referentes a los casos de lepra y sus contactos. Es fundamental la divulgación de la información para planificar las acciones de prevención, control y eliminación de la Lepra como problema de salud pública en el país.

Objetivos

- Caracterizar la situación epidemiológica de la Lepra en Panamá.
- Detectar tempranamente los casos nuevos de Lepra para el tratamiento oportuno del paciente, interrumpir la cadena de transmisión y prevenir las discapacidades físicas.
- Identificar todos los contactos de casos de Lepra, con el objetivo de detectar casos nuevos e iniciar el tratamiento de PQT lo más pronto posible, evitando la aparición de otros casos.
- Proporcionar información para realizar acciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

11.1 Notificación

La Lepra es un evento de **notificación individual mediata obligatoria** en la República de Panamá. Quien detecte un caso de Lepra, sospechoso o confirmado, llenará el Formulario para la Notificación Individual de Eventos de Salud Pública ([Anexo 6](#)) y lo comunicará al responsable de epidemiología de su institución, en su ausencia, al director de la institución de salud, y lo registrará en la plataforma de vigilancia epidemiológica (SISVIG). Esta notificación debe realizarse en un plazo no mayor de 7 días de conocido el caso.

Tan pronto se detecte un caso, el epidemiólogo del nivel local, además de registrarlo en la plataforma SISVIG ([Anexo 7](#)), debe informar el caso vía telefónica al epidemiólogo regional y al coordinador del Programa para la Prevención y Control de Lepra del Ministerio de Salud.

Al Sistema de Vigilancia epidemiológica se notificarán los casos sospechosos y confirmados (nuevos y recaídas).

Para la notificación se utilizará los eventos Lepra Paucibacilar y Lepra Multibacilar con los siguientes códigos:

Lepra paucibacilar – Código CIE 10
Lepra multibacilar – Código CIE 10



Se incluirá como segundo diagnóstico el tipo de lepra:

La Lepra paucibacilar agrupa solo las formas indeterminadas con baciloscopía negativa, las tuberculoïdes (IT) Código CIE 10 A30.1; y el Boderline tuberculoide (BT) Código CIE 10 A30.2.

La Lepra multibacilar (MB): incluye los dimorfos (BB), el borderline lepromatoso (BL,) Código CIE 10 A30.4, la lepra lepromatosos (LL) Código CIE 10 A30.5, con baciloscopía positiva.

11.2 Investigación de caso y seguimiento epidemiológico:

La investigación del caso y los contactos debe ser realizada por el epidemiólogo en colaboración con el coordinador del Programa de Prevención y Control de Lepra; quienes deben estar entrenados en la búsqueda y evaluación de sintomáticos de piel y SNP. La investigación debe realizarse dentro de los siguientes 15 días laborables contados a partir de la notificación del caso, para ellos se utiliza el Formulario Genérico de Investigación Individual de Eventos de Notificación Obligatoria ([Anexo 5](#)).

El epidemiólogo debe llevar el registro de los contactos convivientes (personas con historia de haber vivido en la misma casa del enfermo durante un período mínimo de seis meses) y de los contactos directos prolongados por razones laborales u otras.

Los contactos sintomáticos o sospechosos identificados por el epidemiólogo durante la investigación deberán ser referidos al coordinador del Programa de Lepra de la instalación de salud quien coordinará con el dermatólogo para la evaluación médica dermatológica y realizar baciloscopía o biopsia según el caso.

Acciones de control

Con el Enfermo:

- Diagnóstico y tratamiento con PQT regular y completo de los casos.
- No se requiere el aislamiento de las personas con Lepra. Se debe educar al enfermo sobre los cuidados de la piel, evitar accidentes y consultar tempranamente ante la aparición de signos y síntomas adicionales.

Con los contactos:

- Los casos sospechosos identificados durante la investigación epidemiológica de campo deberán ser referidos al dermatólogo para su evaluación médica y toma de muestras respectivas.
- Los que no han desarrollado la enfermedad se les debe dar seguimiento mediante revisiones anuales por un dermatólogo la instalación de salud o de una instalación de referencia hasta por un período de 5 años con énfasis en los menores de 15 años. Para ello se deben establecer mecanismos que garanticen



esta actividad y la búsqueda de aquellos que no acudan a la cita con el médico (ejemplo: llamadas telefónicas o nuevas visitas domiciliarias a través de los coordinadores locales de epidemiología y del Programa de Control de Lepra).

- Si en el primer examen de los contactos no se detectan signos y síntomas clínicos sugestivos de Lepra, la persona debe recibir orientación sobre el período de incubación, forma de transmisión, signos y síntomas de la lepra e instrucciones de acudir a consulta con el médico cuando se presenten.
- Se deberá promover que la familia y contactos del paciente lo apoyen y se vinculen al tratamiento y cuidado del enfermo para asegurar que reciba el apoyo psicológico necesario, un tratamiento eficaz e integral, desarrolle adherencia al tratamiento, reciba la rehabilitación adecuada y se evite la discriminación o estigmatización.
- **INMUNOPROFILAXIS:** Recomendaciones sobre el uso de la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin) para los contactos intradomiciliarios de casos de Hansen: La OMS recomienda la aplicación de la vacuna BCG a los contactos intradomiciliarios sin signos o síntomas de Hansen al momento de la evaluación, independientemente de la edad y ser contacto de caso PB o MB. La aplicación de la vacuna BCG depende de la historia de vacunación y sigue las siguientes recomendaciones:

Cicatriz de vacuna BCG	Conducta
Sin cicatriz de BCG	Aplicar una dosis y refuerzo a los 6 meses
Con una cicatriz de BCG	Aplicar una dosis
Con dos cicatrices de BCG	No Aplicar

Todo contacto intradomiciliario de paciente con Lepra:

- Debe ser orientado de que la BCG no es una vacuna específica para esta enfermedad y se aplica prioritariamente a los contactos intradomiciliarios.
- Menores de 1 año de edad, ya vacunados, no necesitan la aplicación de otra dosis de BCG.
- Mayores de 1 año de edad, ya vacunados con la primera dosis, deben seguir las instrucciones del cuadro arriba.
- Ante la duda de cicatriz de vacuna se recomienda aplicar una dosis independientemente de la edad.
- Las contraindicaciones para la aplicación de la vacuna BCG son las mismas definidas por el Programa Ampliado de Inmunización.
- Es importante considerar la situación de riesgo de los contactos, posiblemente expuestos a VIH y otras situaciones de inmunodepresión, incluyendo corticoterapia prolongada. Para personas VIH/SIDA, se deben seguir las



recomendaciones específicas para inmunización con agentes biológicos vivos o atenuados.

La investigación actual sobre la **QUIMIOPROFILAXIS** con dosis única de rifampicina Muestra también protección parcial y durante un tiempo limitado.

La inmunoprofilaxis y quimioprofilaxis combinada parecen tener una eficacia mayor en los contactos de los casos de lepra.



Flujograma 2. Manejo de los Convivientes**Con el medio:**

Durante la investigación se deben identificar los factores de riesgos potenciales en la vivienda o medio laboral, con énfasis en pacientes que presenten algún grado de discapacidad por la Enfermedad de Hansen, para la respectiva intervención y seguimiento por parte del equipo de salud.



12. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

El análisis de la situación de la enfermedad de Hansen se realiza basado en los siguientes indicadores:

- Tasa de detección de casos nuevos por 10,000 habitantes
Es el mejor indicador de la trasmisión de la infección en el pasado reciente y, además, indica la carga actual de la enfermedad. Determina la tendencia que sigue la enfermedad y la intensidad de las medidas de búsqueda de casos nuevos.

Número de casos nuevos detectados en el año \times 10.000

Población al 1º de julio de dicho año

- Tasa de prevalencia de punto al 31 de diciembre nacional y sub nacional por 10.000 habitantes
Mide la magnitud de la enfermedad y permite comparación mundial.

Número de casos en tratamiento al 31 de diciembre \times 10.000

Población al 31 de diciembre de dicho año

- Tasa de detección en menores de 15 años por 10.000 habitantes
Si la transmisión de la lepra se está reduciendo en un área, es de esperarse que la proporción de niños afectados disminuya. El monitoreo de este indicador a lo largo de varios años puede mostrar una tendencia. Este indicador se requiere también para reabastecer en forma correcta las existencias de dosis infantiles de PQT. Determina la tendencia de la endemia.

Número de casos nuevos en menores de 15 años \times 10.000

Población menor de 15 años al 1º de julio de dicho año

- Tasa de casos nuevos con discapacidad grado 2 por 10.000 habitantes
Como la discapacidad y deformidad ocurren tarde en la enfermedad, la proporción de nuevos casos con discapacidad brinda una indicación gruesa de qué tan temprano acuden en promedio los casos de lepra para diagnóstico. Mide la oportunidad para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Número de casos nuevos con discapacidad grado 2 detectados en el año \times 10.000

Población al 1º de julio de dicho año



Proporción de MB detectados entre los casos nuevos

La proporción de casos MB es una guía útil para la proporción de casos en riesgos de complicaciones, además que se necesita para reabastecer correctamente las existencias de PQT.

$$\frac{\text{Casos nuevos detectados multibacilares}}{\text{Total de casos nuevos detectados}} \times 100$$

Proporción de casos nuevos en pacientes femeninos

Muchos programas diagnostican la lepra con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer, pero existe la preocupación de que en el caso de la lepra, las mujeres tienen menor acceso a la atención médica. Por lo tanto, es común que se atienda una proporción de dos hombres por cada mujer. Si el índice es mayor, se deben tomar las medidas necesarias para asegurar que las mujeres tengan acceso adecuado a servicios de diagnóstico.

Otro aspecto que debe considerarse es que, las mujeres generalmente pasan la mayor parte del tiempo con los niños, y esta situación podría convertirse en un factor de riesgo para la trasmisión a los mismos.

$$\frac{\text{Casos nuevos detectados en mujeres}}{\text{Total de casos nuevos detectados}} \times 100$$

Porcentaje de pacientes con tratamiento completo

En la actualidad la tasa de cumplimiento del tratamiento es entre 75 y 90% en la mayoría de los programas. Hay una necesidad de mejorar este indicador a través del monitoreo continuo de los registros pues se basa en análisis de cohorte. A pesar de que es posible obtener una idea aproximada de la finalización del tratamiento, examinando el número de casos que completó el tratamiento en un año y relacionándolo con el número de casos detectado en el año anterior, debe realizarse el estudio de cohorte.

$$\frac{\text{Número de casos que terminan el tratamiento en el año}}{\text{Total de pacientes en tratamiento en el año}} \times 100$$

El coeficiente se calcula por separado para pacientes PB y MB, en lo que se conoce como "análisis de cohortes". Una cohorte es un grupo de pacientes que comenzaron el tratamiento en el mismo período de tiempo, usualmente en el mismo año.

El cálculo del coeficiente de finalización del tratamiento es el siguiente:

- (1) La fecha del informe normalmente será al comienzo de un nuevo año de reporte.



el reporte anual se referirá al año que acaba de finalizar (Año "Y"). Para las estadísticas de finalización del tratamiento, la cohorte PB será desde el año Y-1; la cohorte MB será a partir del año Y-2.

(2) Identificar todos los pacientes PB que son casos nuevos en el registro y que comenzaron la PQT en el año Y-1. Tomar nota de este número.

(3) En esta cohorte, contar el número de personas que completaron el tratamiento dentro de los nueve meses desde el registro.

(4) El coeficiente de finalización del tratamiento PB se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de casos PB nuevos que completaron PQT} \times 100}{\text{Número de casos PB nuevos que comenzaron PQT}}$$

(5) Identificar todos los pacientes MB que son casos nuevos en el registro y que comenzaron la PQT en el año Y-2. Tomar nota de este número.

(6) De esta cohorte, contar el número que completó el tratamiento dentro de 18 meses desde el registro.

(7) El coeficiente de finalización de tratamiento MB se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de casos MB nuevos que completaron PQT} \times 100}{\text{Número de casos MB nuevos que comenzaron PQT}}$$

(8) Observar que cada cohorte incluye todos los casos nuevos que comenzaron el tratamiento durante el año, incluyendo todos los pacientes que se convirtieron en incumplidores o que murieron antes de completar el tratamiento. Por ejemplo, el informe para el año Y= 2010 incluirá estadísticas de finalización del tratamiento para los casos PB registrados en 2009 (Año Y-1) y casos MB registrados en 2008 (Año Y-2).

- Proporción de contactos examinados (priorizar intradomiciliarios)
Mide la eficiencia de las medidas de vigilancia epidemiológica.

$$\frac{\text{Número de convivientes de casos nuevos examinados} \times 100}{\text{Total de convivientes de casos nuevos identificados}}$$



- Casos nuevos identificados entre los contactos
Igual que el indicador anterior mide la eficiencia de las medidas de vigilancia epidemiológica y la importancia de las mismas.

Número de casos nuevos entre los convivientes examinados x 100

Total de convivientes de casos nuevos identificados

- Proporción de casos nuevos de lepra con grado de discapacidad evaluado al momento del diagnóstico
Mide la calidad de la consulta y cómo funciona el programa en el nivel general de consulta.

Número de casos nuevos con evaluación del grado de discapacidad x 100

Número de casos nuevos en el mismo año

- Proporción de casos con grado de discapacidad evaluado al final del tratamiento
Evalúa la eficacia del tratamiento integral, poliquimioterapia, prevención de discapacidad, rehabilitación y el funcionamiento del programa.

Número de casos que terminan el tratamiento con evaluación de discapacidad x 100

Número de casos que terminan tratamiento en el mismo



13. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

Nivel Central.

Representado por el Ministerio de Salud.

Las funciones de este nivel son:

- Elaborar y actualizar la guía de abordaje y manejo de Lepra;
- Recibir los formularios de notificación obligatoria del nivel regional del Ministerio de salud, caja de seguro social y clínicas y hospitales privados;
- Planear, monitorear y controlar, el registro, procesamiento y análisis de los datos;
- Brindar asistencia técnica al personal de salud responsable del manejo del paciente con enfermedad de Hansen;
- Gestionar la planificación, adquisición, distribución y control de los medicamentos y demás insumos;
- Promover la realización de investigaciones en Lepra.

Laboratorio central.

Representado por el Laboratorio Conmemorativo Gorgas.

Las funciones de este nivel son:

- Recibir de la red de Laboratorios que realiza diagnóstico de Tuberculosis o Lepra todas las laminillas con el frotis intradérmico (baciloscopía) de casos sospechosos y diagnosticados de lepra al inicio y al final del tratamiento para confirmar diagnóstico;
- Dar asistencia técnica a los laboratorios de la red salud pública a nivel nacional;
- Realizar investigaciones epidemiológicas y operativas referentes al tema de la lepra cuando así sea necesario.

Farmacia del Nivel Central.

Representado por el almacén central del Minsa.

Las funciones de este nivel son:

- Despachar y distribuir los medicamentos para el tratamiento de la Lepra (PQT) a las farmacias regionales.



Enfermería del nivel central.

Representado por la enfermera del programa de Tuberculosis y lepra.

Las funciones de este nivel son:

- Coordinar la atención del paciente con los niveles regionales de Minsa – CSS, Clínicas y Hospitales privados;
- Monitorear el reporte de todos los casos a nivel nacional en coordinación con Enfermería de vigilancia epidemiológica a nivel central;
- Supervisar el cumplimiento de la guía de abordaje y manejo de Lepra en los niveles regionales y locales;
- Brindar asistencia técnica a los niveles regionales de Minsa – CSS, Clínicas y Hospitales privados.

Nivel Regional.

Representado por el equipo de tuberculosis - lepra y epidemiología.

Las funciones de este nivel son:

- Recibir los formularios de notificación obligatoria de los Hospitales regionales, centros de salud, policlínicas y clínicas privadas e informar inmediatamente a nivel central;
- Consolidar, analizar la información y enviar reportes a nivel central;
- Monitorear y supervisar al nivel local del cumplimiento de la guía de abordaje y manejo de lepra;
- Participar con el nivel local en la investigación epidemiológica;
- Brindar asistencia técnica a niveles locales.

Laboratorio del nivel regional y local.

Representado por laboratorios de la red de tuberculosis.

Las funciones a este nivel son:

- Recibir y procesar las laminillas de frotis intradérmico para confirmar la presencia o no del BAAR;
- Reportar resultado a medico solicitante;
- Enviar laminillas a laboratorio central.

Farmacia del Nivel regional.

Representado por el almacén regional del Minsa.

Las funciones a este nivel son:



- Entregar los blister con la medicación completa (previa coordinación) a las farmacias locales de acuerdo al esquema de tratamiento y el registro de los mismos.

Enfermería Nivel Regional.

Representado por la enfermera del programa de Tuberculosis y lepra.

Las funciones de este nivel son:

- Monitorear el reporte de todos los casos a nivel local en coordinación con Enfermería de vigilancia epidemiológica regional;
- Recolectar y registrar la información para el análisis de los casos existentes de lepra;
- Supervisar la administración de la primera dosis mensual de la PQT, uso y registro adecuado de la tarjeta en el nivel local;
- Notificar transferencias de los pacientes en cada instalación de salud;
- Brindar asistencia técnica a los niveles locales de Minsa – CSS, Clínicas y Hospitales privados.

Nivel Local:

Representado por el personal encargado de la atención directa del paciente.

Las funciones de este nivel son:

Medico general

- Identificar los signos y síntomas de lepra;
- Realizar la evaluación médica de contactos de pacientes con Enfermedad de Hansen;
- Realizar evaluación dermatoneurológica simplificada utilizando el anexo 1 a los casos sintomáticos o sospechosos identificados;
- Referir al Dermatólogo que corresponda y recibir la contrareferencia para continuar con el seguimiento y tratamiento supervisado mensual del paciente;
- Llenar formulario de notificación obligatoria anexo 3. Y notificar a epidemiología del nivel local vía telefónica, fax o electrónica.

Médico Dermatólogo

- Identificar los signos y síntomas de la Enfermedad de Hansen;
- Realizar la evaluación médica de contactos de pacientes con Enfermedad de Hansen;
- Realizar evaluación dermatoneurológica simplificada utilizando el anexo 1 a los casos sintomáticos o sospechosos identificados;



- Tomar las muestras de frotis intradérmico (**baciloscopía**) al inicio y al final del tratamiento según la guía;
- Tomar la muestra para estudio histopatológico de piel según la guía;
- Solicitar los exámenes complementarios necesarios;
- Prescribir el tratamiento PQT de acuerdo a la clasificación operacional de la OMS;
- Llenar formulario de notificación obligatoria anexo 3. Y notificar a epidemiología del nivel local vía telefónica, fax o electrónica;
- Realizar referencia al establecimiento de salud del primer nivel que corresponda para continuar con el seguimiento y tratamiento supervisado mensual del paciente siempre que este no requiera mantener atención especializada.

Farmacia del nivel local.

- Recibir los blister con la medicación completa (previa coordinación) de acuerdo al esquema de tratamiento y el registro de los mismos.

Enfermería del nivel local.

- Orientar al paciente sobre la prevención de discapacidades;
- Retirar de farmacia local y entregar el blíster con el tratamiento mensual y supervisar la toma de la primera dosis;
- Llevar control de las fechas de cita de los pacientes;
- Realizar visita domiciliaria para darle orientación en el hogar y búsqueda de contactos;
- Cumplir mensualmente las actividades del programa (registro de los casos y uso de la tarjeta de tratamiento);
- Buscar los pacientes inasistentes.



14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia global para reducir más la carga de lepra y mantener las actividades de control de lepra 2006 – 2010. SEA/GLP/2006.2*
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (PAHO/WHO). *La eliminación de la Lepra en las Américas. Boletín Epidemiológico.* Vol 17, No 3 septiembre de 1996,
3. OPS/OMS *La Salud Pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción.* Publicación científica No. 589 Washington, DC OPS 2002 pp
4. Nuevo Atlas de Lepra. Colin McDouglas A y Yuasa Yo. Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japon 2005.
5. Prevention of Disabilities in patient's whit Leprosy: a practical guide. H Srinivasan (WHO; 1993)
6. Guide for General Health Workers to Eliminate Leprosy as a public Health Problem. First Edition 2000. CDS/CPE/CEE/2000
7. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelar la acción hacia un mundo sin lepra. Manual operativo. .
8. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. .





ANEXO 1

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – INSTALACIONES PRIVADAS DE SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDAD DE HANSEN O LEPROZA
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DERMATONEUROLOGICA SIMPLIFICADA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos: _____ Tipo de identificador (Cédula o Pasaporte): _____
 Número: _____
 Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Estado Civil: _____
 País de Origen: _____ Si es extranjero tiempo de residencia en Pmá: -
 _____ Ocupación: _____ Dirección del trabajo: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____ Dirección del domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Evaluación N°: _____ Fecha: _____ Médico: _____
 Familiar de referencia: _____

EVALUACIÓN DERMATONEUROLOGICA SIMPLIFICADA**Evaluación de la sensibilidad en las manchas y de la piel que se observa normal (marcar con x)**

- Alteración de sensibilidad térmica
- Alteración de sensibilidad dolorosa
- Alteración de sensibilidad táctil

Evaluación de nariz (marcar con x)

- Resequedad Heridas Perforación de septo

Evaluación de ojos (marcar con x)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Cierra los ojos con fuerza | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | Opacidad corneal | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| <input type="radio"/> Cierra los ojos sin fuerza | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | Catarata | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| <input type="radio"/> Disminución de sensibilidad de córnea | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | Triquiasis/ectropión | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| <input type="radio"/> Disminución de Agudeza visual | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | | | |

Evaluación de nervios

NORMAL ENGROSADO DOLOROSO



Mediano



Ulnar





Radial

0

0

0



Ciatico poplítico

0

0

0



Tibial

0

0

0

Evaluación de fuerza de miembros**FUERTE DISMINUIDA PARALIZADO**

Nervio Ulnar

0

0

0

Extender 5º dedo (meñique)

Abducción de 5º dedo



Nervio Mediano

0

0

0

Elevar el pulgar

Abducción del pulgar



Nervio Radial

0

0

0

Elevar el puño

Extensión del puño



Nervio Poplítico

0

0

0

Elevar Hallux

Extensión de Hallux



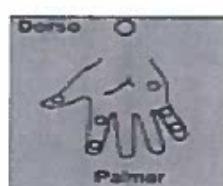
Elevar pie

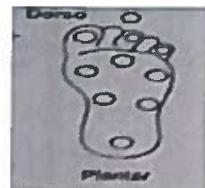
Dorsiflexión de pie

0

0

0

Evaluación Sensitiva de manos**Derecha****Izquierda**

Marcar con x punto con alteración sensitiva**Evaluación sensitiva de pies****Derecho****Izquierdo****Marcar con x punto con alteración sensitiva****Inspección de manos (marcar con X)**

- Garra móvil
- Garra rígida
- Garra mediana
- Reabsorción
- Úlceras
- Atrofia interósea

Inspección de pies (marcar con X)

- Pie caido
- Pie en garra
- Úlcera plantar
- Reabsorción

Clasificación del grado de discapacidad

GRADO	OJOS Signos y/o síntomas	Der.	Izq.	MANOS Signos y/o síntomas	Der.	Izq.	PIES Signos y/o síntomas	Der.	Izq.
0	No cambios en ojos por lepra			No cambios en manos por lepra			No cambios en pies por lepra		
1	Disminución o pérdida de sensibilidad			Disminución o pérdida de sensibilidad			Disminución o pérdida de sensibilidad		
2	Lagoftalmo y/o ectropión			Lesiones tróficas traumáticas			Lesiones tróficas traumáticas		
2	Triquiasis			Garras			Garras de ortejos		
2	Opacidad corneal central			Reabsorción			Reabsorción		
2	Agudeza visual de 20/400			Mano caída			Pie caído Contractura de tobillos		



Suma	Ojos		Manos		Pies		Total OMP	Mayor grado	Índice de discapacidad
	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq			
Suma de grado									





ANEXO 2

	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCR-FMB-04 VERSIÓN: 00
	Formulario de Solicitud de Diagnóstico de Lepra	Vigencia: 17-05-2018

DATOS DE LA INSTALACIÓN

Región:	Nombre de la instalación:	Consulta externa Sala	<input type="checkbox"/> Teléfono:
---------	---------------------------	--------------------------	------------------------------------

DATOS DEL PACIENTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Cédula / Pasaporte:	Fecha de nacimiento: _____ día / mes / año	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Región:	Distrito:	Corregimiento:	<input type="checkbox"/> Teléfono:
Localidad:			

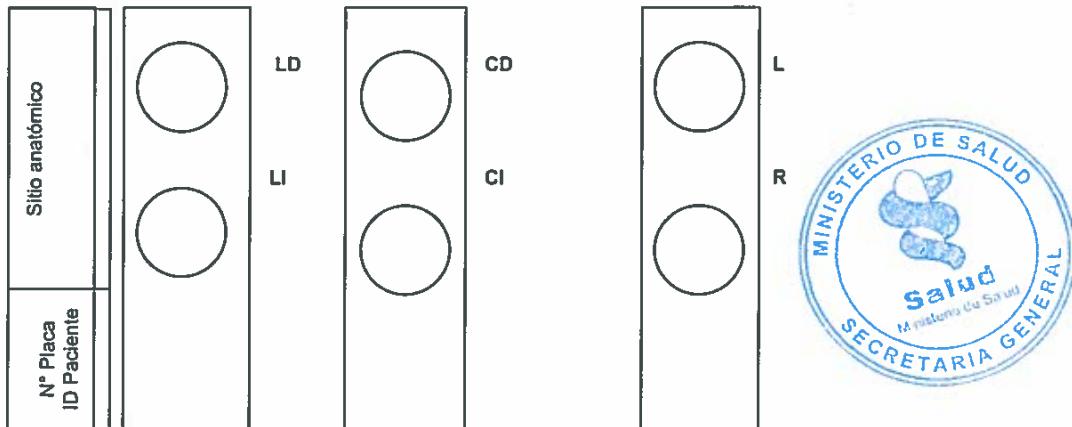
INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA

Condición del Paciente	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Paciente tratado	<input type="checkbox"/> En Tratamiento	<input type="checkbox"/> Final del Tratamiento
------------------------	--------------------------------------	---	---	--

DATOS DE LA MUESTRA Y EXÁMEN SOLICITADO

Fecha de toma de muestras: _____ día / mes / año	Nombre de quien tomó la muestra:
---	----------------------------------

Nota: Se recomienda tomar las muestras como está indicado en el siguiente diagrama, las placas deben venir debidamente rotuladas e indicada en el formulario el número de placa correspondiente con el sitio anatómico. Los extendidos deben tener un diámetro ideal de 5 a 7 mm, secadas al aire libre por 10 min aproximadamente y enviadas al laboratorio cubierto de la luz



Observación: Los sitios anatómicos para el raspado intradérmico son: Lóbulo Oreja Derecha (LD), Lóbulo Oreja Izquierda (LI), Codo Derecho (CD), Codo Izquierdo (CI) y Lesión (L). En caso de no tener lesión se puede tomar de la parte superior de la Rodilla (R) (izquierda o derecha).

DATOS DEL SOLICITANTE Nombre del profesional (letra imprenta):	Firma:	Fecha: _____ / _____ / _____ día / mes / año
---	--------	---



Anexo 3

**MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDAD DE HANSEN O LEPROSIS
TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO SUPERVISADO DE LEPROSIS**

Instalación de Salud: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE POLIQUIMIOTERAPIA	DATOS DEL TRATAMIENTO
Nombre: _____ _____ _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____	Multibacilar (MB) _____ Paucibacilar (PB) _____ Adulto _____ Niño _____ _____	Tratamiento Administrado MB(Rifampicina,Clofazimina,Dapsone) _____ PB(Rifampicina y Dapsone) _____ Nota: La primera dosis debe administrarse estrictamente supervisada por la enfermera y las siguientes 27 dosis autoadministradas. Los blister se deben entregar cada 28 días
REGISTRO Y CONTROL DEL TRATAMIENTO		

Nº de dosis (*)	Día	Mes	Año	Nombre de la enfermera	Firma	Número de registro	Días transcurridos desde la 1era dosis
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

(*) En caso de que el paciente no complete la primera dosis mensual supervisada en 12 meses (MB) o 6 meses (PB) consecutivo, se podrá extender hasta 6 meses para casos MB y 3 meses para los casos PB, hasta completar su tratamiento en un periodo máximo de 18 meses los MB y 9 meses los PB.



ANEXO 4



MINISTERIO DE SALUD - SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas

FORMULARIO CONFIDENCIAL



1. DATOS DEL PACIENTE: Nombre _____ Cédula _____ Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Talla _____ Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.					
<input type="checkbox"/> Alergias, Cual: _____ <input type="checkbox"/> Disfunción Hepática _____ <input type="checkbox"/> Tabaquismo, Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Embarazo, Semanas: _____ <input type="checkbox"/> PA _____ <input type="checkbox"/> T _____ <input type="checkbox"/> Alcohol, Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Distancia Renal _____ <input type="checkbox"/> FC _____ <input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> FR _____ <input type="checkbox"/> Drogas, Cual: _____ <input type="checkbox"/> HTA _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____					
2. REACCIÓN (ES) ADVERSA (S) (SOSPECHOSAS)		Fechas		Consecuencias de la reacción Coloque el número que mejor corresponda ver abajo 1-Recoverado sin secuelas, 2-Recoverado con secuelas, 3-Aún con síntomas, 4-Asistió tratamiento, 5-Asistió hospitalización o la prolongó, 6-Afectó el embarazo, 7-Produjo Malformaciones, 8-Muerte 9-No sabe 10-Otras (especifique)	
		Inicio	Final		
3. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA					
Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso Si _____ No _____ No Sabe _____	Suspendió el uso del medicamento sospechoso Si _____ No _____ No Sabe _____	Readministró el medicamento sospechoso Si _____ No _____ No Sabe _____	Se produjo la reacción con una sola dosis Si _____ No _____ No Sabe _____		
Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si _____ No _____ No Sabe _____					
Desapareció la reacción al suspender el uso del medicamento sospechoso Si _____ No _____ No Sabe _____					
Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso Si _____ No _____ No Sabe _____					
4. DATO (S) MEDICAMENTO (S) SOSPECHOSO (S)					
Nombre Comercial/Nombre Genérico	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción	
1.					
2.					
5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo terapias alternativas o medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, etc.)					
Medicamentos	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción	
(Si el tratamiento es crónico indique)					
6. Observaciones (Datos de Laboratorio y otros)			Notificador (Profesión) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Otros _____ Nombre del Notificador: _____ Instalación de Salud: _____ Región de Salud: _____ Fecha: _____ Tel/Fax: _____ Firma: _____ Puede enviar por fax (512-9196) para iniciar los trámites o al e-mail vigilancia@minsa.gob.pa . También puede enviarlo al Apartado postal 06812, Panamá 0610. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.		



Anexo 5



MINISTERIO DE SALUD - SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Fallas Farmacéuticas y Terapéuticas
FORMULARIO CONFIDENCIAL



Nombre Comercial, Concentración y Forma Farmacéutica	Presentación	Laboratorio Fabricante y País de Origen	Lotes	Fecha de Expiración
FALLAS FARMACÉUTICAS				
<input type="checkbox"/> Olor <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Sabor <input type="checkbox"/> Separación de Fases <input type="checkbox"/> Partículas Extrañas <input type="checkbox"/> Contaminación <input type="checkbox"/> Problemas de Disolución <input type="checkbox"/> Problemas de Desintegración <input type="checkbox"/> Otros				
COMENTARIOS. (Especifique la falla detectada y la cantidad de producto que tiene con el problema)				
FALLAS TERAPÉUTICAS				
Nombre del Paciente: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo _____ Peso _____ SC _____ Dosis y posología indicada: Dosis y posología prescrita: Describe las razones por las que considera que el medicamento no alcanza el efecto terapéutico deseado:				
OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS (terapias alternativas, tradicional, prescritos, automedicación, etc.)				
Medicamentos	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Diagnóstico que motiva la prescripción		
Notificador (Profesión) Médico <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otros _____ Nombre del Notificador: _____ Instalación de Salud: _____ Provincia o Región: _____ Tel/Fax: _____ Firma: _____				
<i>Puede enviar por fax (512-9404) para iniciar los trámites o al e-mail vigilancia@minsa.gob.pa. También puede enviarlo al apartado postal 06812, Panamá 0816. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.</i>				

Fundamento Legal: Artículo 60 de la Ley No.1 del 10 enero del 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 11 del Decreto Ejecutivo 105 del 15 de abril del 2003. (Tanto para reacciones adversas como para fallas.)



Anexo 6

REPÚBLICA DE PANAMÁ MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA							
I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE							
Cédula		Nº de expediente clínico (<i>si no tiene cédula</i>):			Asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre:				Apellido:			
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad cumplida	Años	Meses	Días
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Persona responsable: <i>(En menores o discapacitados)</i>							
Dirección	Provincia		Región		Distrito		Corregimiento
	Comunidad o zona o sector:			Calle:			
Nº Casa /Apto:			Teléfonos		Punto de referencia		
Donde se presume ocurrió el contagio:		Residencia: <input type="checkbox"/>		Trabajo: <input type="checkbox"/>	Escuela: <input type="checkbox"/>	Lugar público/privado: <input type="checkbox"/> Nombre del Lugar:	
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (sólo si es diferente a la dirección residencial)		País					
Provincia	Región		Distrito		Corregimiento		
Especifique el Lugar							
II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE							
Diagnóstico:							
Condición:	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Hospitalizado <input type="checkbox"/>			Fallecido <input type="checkbox"/>		
Fecha de Inicio de síntomas	Dia / Mes / Año		Signos y síntomas			Dia / Mes / Año	
Hospitalización							
Defunción							
De toma de muestra							
Tipo de Muestra:							
Tipo de caso:	Sospechoso <input type="checkbox"/>	Probable <input type="checkbox"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>				
Criterio de caso confirmado:	Clinico <input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Nexo <input type="checkbox"/>				
III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO							
Nombre y apellido							
Cargo				Fecha	Día	Mes	Año
Institución							
Teléfono				Región			
Observaciones:							
Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; estos a su vez lo enviarán a epidemiología regional; quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Tel: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vigeipanama@yahoo.com Departamento Nacional de Epidemiología de la Caja de Seguro Social. Teléfono 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514							





Anexo 7



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS

DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

FORMULARIO GENÉRICO DE INVESTIGACIÓN INDIVIDUAL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Cédula	Nombres	Ocupación	
			Apellidos

II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL EVENTO

Diagnóstico inicial			
Fechas de Atención	Día Mes Año	Signos y síntomas	Día Mes Año
Inicio de síntomas			
Notificación			
Hospitalización			
Traslado			
Egreso			
Defunción			
Atención previa por el evento (detallar)			Día Mes Año

III. TRATAMIENTO ADMINISTRADO

IV. MUESTRAS TOMADAS Y RESULTADOS DE LABORATORIO

Humanas	Día Mes Año	Resultados	Día Mes Año	Autopsia	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
				Día Mes Año	Muestra tomada:

Otras muestras	Día Mes Año	Resultados	Día Mes Año

V. EXPOSICIÓN Y FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO

Factor de riesgo identificado	Fecha	Lugar de la exposición al riesgo

VI. ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL REALIZADAS

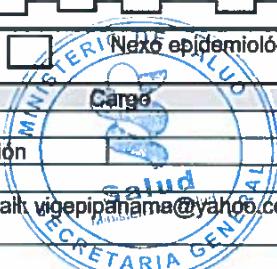
Informe de visita a viviendas	Acciones con el enfermo, contacto y ambiente	Día Mes Año
Viviendas visitadas		
Personas investigadas		
Menores de 1 año		
1- 4 años		
5 a 14 años		
15 y mas		
Nº casos secundarios		

VII. INFORMACIÓN DE CONTACTOS

Nombre	Edad	Parentesco con el caso

VIII. DIAGNÓSTICO FINAL	Susp.	Prob.	Conf.	Desc.	Día Mes Año
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Criterio de diagnóstico	Clinico <input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Nexo epidemiológico <input type="checkbox"/>

IX. DATOS DEL QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN	Cargo 	Día Mes Año
Nombre		
Institución	Región	
Observaciones		

Dpto. Nacional de Epidemiología MINSA. Tel. 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Email: vigeipi@panama yahoo.com

Dpto. Nacional de Epidemiología CSS. Tel. 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514



Caja de Ahorros

El Banco de la Familia Panameña

JUNTA DIRECTIVA

**Resolución de JDNo.03-2019
De 08 de marzo de 2019**

Por la cual se deja sin efecto la Resolución de Junta Directiva JD No.03-2017 de 15 de febrero de 2017 "Por el cual se adopta el Reglamento del Comité de Crédito Ejecutivo para la Banca Corporativa de Caja de Ahorros" y se aprueba el proceso para Aprobación y Revisión de Créditos Corporativos hasta B/.100,000.00.

La Junta Directiva de la Caja de Ahorros
En uso de sus facultades legales

Considerando:

Que el Comité de Crédito Ejecutivo en reunión del 18 de diciembre de 2018, acordó dejar sin efecto el Comité de Crédito Ejecutivo en atención a optimizar los tiempos de revisión y aprobación de los créditos y basados en la Ley 52 de 2000, Orgánica de la Caja de Ahorros, que faculta al Gerente General para la aprobación de los créditos hasta la suma de B/.100,000.00.

De acuerdo a artículo 11 de la Ley Orgánica 52 de 13 de diciembre de 2000 de la Caja de Ahorros, corresponde al Gerente General aprobar e improbar aquellas operaciones crediticias que no involucren montos superiores a B/.100,000.00.

En virtud de lo requerido, se solicita dejar sin efecto la Resolución JD No.3-2017 de 15 de febrero de 2017, "Por el cual se adopta el Reglamento del Comité de Crédito Ejecutivo para la Banca Corporativa de Caja de Ahorros" y se presenta la propuesta para la aprobación y revisión y aprobación de los Créditos Corporativos hasta B/.100,000.00.

Que el nuevo proceso de revisión y aprobación de créditos cuyos montos sean hasta B/.100,000.00, contará con la participación, evaluación y recomendación de las áreas competentes y con la aprobación del Gerente General de conformidad con la facultad otorgada por el Artículo 11 de la Ley 52 de 2000, Orgánica de la Caja de Ahorros.

Evaluada la propuesta presentada para la revisión y aprobación de los Créditos Corporativos hasta B/.100,000.00, la Junta Directiva,

Resuelve:

Primero: Dejar sin efecto la Resolución de Junta Directiva JD No.03-2017 de 15 de febrero de 2017 mediante la cual se adoptó el Reglamento del Comité de Crédito Ejecutivo para Banca Corporativa de Caja de Ahorros.

Segundo: La aprobación de los Créditos Corporativos hasta B/. 100,000.00, corresponderá al Gerente General en base a la facultad otorgada por el Artículo 11 de la Ley 52 de 2000, Orgánica de la Caja de Ahorros.

Dada en la ciudad de Panamá, a los ocho (08) días del mes de marzo del año dos mil diecinueve (2019).

CUMPLASE,

Eyda Varela de Chinchilla
Presidente de la Junta Directiva

Elyonor Samudio de Avila
Secretaria de la Junta Directiva – Ad hoc

**Certifico que el presente documento
es fiel copia de su original**

Panamá, 29 de mayo de 2019

Secretario de Junta Directiva



Resolución JD No. 14-2019

De 13 de mayo de 2019

Por la cual se adopta el nuevo Reglamento Interno de la Junta Directiva de la Caja de Ahorros y se adoptan otras disposiciones.

La Junta Directiva de la Caja de Ahorros, en uso de sus facultades legales,

Considerando:

Primer: Que el numeral 5 del artículo 14 de la Ley 52 de 13 de diciembre de 2000 (Orgánica de la Caja de Ahorros), modificada por la Ley 78 de 20 de marzo de 2019, establece que la Junta Directiva tiene la facultad de aprobar su Reglamento Interno.

Segundo: Que en razón de las recomendaciones de la Superintendencia de Bancos de Panamá y conforme a lo dispuesto en el Acuerdo No.5-2011 de 20 de septiembre de 2011 por medio del cual se dicta un nuevo Acuerdo que actualiza las disposiciones sobre Gobierno Corporativo, se hace necesario dotar a la Junta Directiva de la Caja de Ahorros de un nuevo Reglamento Interno.

Tercero: Que el artículo 2 de la Ley 52 de 13 de diciembre de 2000 modificada por la Ley 78 de 20 de marzo de 2019, establece que la Caja de Ahorros se regirá principalmente por la presente Ley, y por el Decreto Ley 9 de 1998 y demás normas que regulan el Régimen Bancario de Panamá.

Cuarto: Que la Ley 52 de 13 de diciembre de 2000 (Orgánica de la Caja de Ahorros) fue recientemente modificada por la Ley 78 de 20 de marzo de 2019 por lo que se requiere actualizar el Reglamento Interno de Junta Directiva vigente para cumplir con los objetivos institucionales y de negocios de la Caja de Ahorros.

Quinto: Que por todo lo anterior,

RESUELVE:

Adoptar el Reglamento Interno de la Junta Directiva de la Caja de Ahorros,

CAPÍTULO PRIMERO - AMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. El presente Reglamento regula la composición, el funcionamiento y deberes de la Junta Directiva de la Caja de Ahorros de conformidad con su Ley Orgánica y los acuerdos sobre Gobierno Corporativo de la Superintendencia de Bancos.

CAPÍTULO SEGUNDO – COMPOSICIÓN

ARTÍCULO 2. La Junta Directiva de la Caja de Ahorros está integrada por siete (7) Directores, de los cuales al menos dos (2) serán directores independientes.

Los nuevos miembros de la Junta Directiva deberán realizar un proceso de inducción que les permita una visión integral sobre el Banco, su organigrama estructural y regulaciones, para una adecuada toma de decisiones. Este proceso de inducción deberá ser proporcionado por la Gerencia General a través de la Gerencia Ejecutiva de Gobierno Corporativo, en coordinación con el Secretario de la Junta Directiva y la Gerencia Directiva de Gestión Humana, quienes elaborarán y ejecutarán un proceso de inducción para nuevos miembros de la Junta Directiva que les permita una visión integral sobre el banco, su organigrama estructural y regulaciones para una adecuada toma de decisiones, así como una política de largo plazo que incluyan dicha inducción y una capacitación continua para los miembros de la Junta Directiva sobre todo con el objeto de que adquieran, mantengan y refuerzen sus conocimientos mediante programas introductorios y tener acceso a información continua sobre temas relevantes y que los mantengan al día en materia financiera, reguladora o de riesgos.

ARTICULO 3. La Junta Directiva contará con un Presidente y un Vicepresidente elegido de entre sus miembros por los Directores, para un período de un año, que podrá ser prorrogable, contado a partir de la fecha de su elección.

La Junta Directiva nombrará al Secretario de la Junta Directiva, quien no será miembro de la Junta Directiva y por tanto no tendrá derecho a voto. La Junta Directiva fijará su remuneración, realizará su evaluación de desempeño anual y establecerá sus funciones, así como designará su reemplazo durante ausencias temporales o absolutas.

El Secretario de la Junta Directiva será incluido en la Póliza de Responsabilidad Civil D & O del Banco para brindarle la seguridad jurídica por la responsabilidad que el mismo debe asumir.

El Secretario de la Junta Directiva tendrá la responsabilidad de elaborar las actas de reuniones de Junta Directiva y sus respectivos Comités, salvo que los reglamentos de las mismas indiquen lo contrario.

Resolución JD 14-2019
De 13 de mayo de 2019

En ausencia del Presidente, el Vicepresidente ejercerá sus funciones. En caso de que en una reunión, no asistan ni el Presidente, ni el Vicepresidente y exista el quórum reglamentario, de entre los Directores presentes, el Pleno deberá elegir a uno para que actúe como Presidente Ad - hoc.

ARTÍCULO 4. En caso de producirse ausencia absoluta de un Director, la Junta Directiva informará de tal circunstancia al Órgano Ejecutivo, para que, proceda al nombramiento de su reemplazo.

Si un Director no asistiese a las reuniones de la Junta Directiva por tres meses consecutivos, los miembros de la Junta Directiva restantes, solicitarán al Órgano Ejecutivo decretar la insubsistencia del nombramiento por abandono de la posición y el nombramiento de una persona que cumpla con los requisito de la Ley Orgánica, este Reglamento Interno y el Acuerdo de Gobierno Corporativo, para su reemplazo inmediato.

El periodo de los Directores será de cinco (5) años, contado a partir de su ratificación en la Asamblea Nacional y se hará de forma que se asegure en todo momento su renovación escalonada.

En caso de cese anticipado de algún director, el nombramiento para llenar dicha vacante por el resto del período, será hecho por el Órgano Ejecutivo y su ratificación por la Asamblea Nacional.

En caso de renuncia, el Director continuará en el ejercicio del cargo hasta el nombramiento por parte del Órgano Ejecutivo y ratificación de la Asamblea Nacional.

ARTÍCULO 5. La Junta Directiva deberá mantener entre sus integrantes dos (2) Directores Independientes conforme a los requisitos y procedimientos establecidos por la Superintendencia de Bancos.

Entiéndase como Director Independiente: *aquel miembro de la junta directiva del banco que:*

1. No es, ni en los últimos cinco años ha sido, empleado por el banco, por cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o por cualquiera de sus afiliadas no bancarias.
2. No es y no está vinculado con una compañía asesora o consultora del banco, de cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o de cualquiera de sus afiliadas no bancarias.
3. No es y no está vinculado con un cliente significativo del banco, de cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o de cualquiera de sus afiliadas no bancarias. Para los efectos de este numeral, no es cliente significativo aquel que, en su condición de persona natural, es un consumidor bancario tal y como lo define el artículo 199 (1) de la Ley Bancaria.
4. No es y no está vinculado con un proveedor significativo del banco, de cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o de cualquiera de sus afiliadas no bancarias. Para los efectos de este numeral, no es proveedor significativo aquel cuyas ventas al banco sean inferiores al 5% de sus ventas totales.
5. No tiene ningún contrato de servicios profesionales con el banco, con cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario, con cualquiera de sus afiliadas no bancarias o con cualquier miembro de la gerencia superior.
6. No está empleado como ejecutivo de una compañía donde alguno de los ejecutivos del banco, de cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o de cualquiera de sus afiliadas no bancarias, sirve en la junta directiva de esa compañía.
7. No es conyuge ni pariente, hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, de una persona que (1) está o ha estado durante los últimos dos años empleada como oficial ejecutivo por el banco, por cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o por cualquiera de sus afiliadas no bancarias o (2) integre o haya integrado durante los últimos dos años la junta directiva del banco, de cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o de cualquiera de sus afiliadas no bancarias.
8. No está, ni ha estado en los últimos dos años, afiliado o empleado por un auditor actual o del año previo del banco, de cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o de cualquiera de sus afiliadas no bancarias.
9. No es, directa o indirectamente, propietario efectivo de acciones emitidas por el banco, por cualquier entidad que forma parte de su grupo bancario o por cualquiera de sus afiliadas no bancarias, en proporción igual o mayor al 1% del total de las acciones con derecho a voto emitidas y en circulación.

CAPÍTULO TERCERO – FUNCIONES

ARTÍCULO 6. Son funciones del Presidente de la Junta Directiva:

- a. Presidir las reuniones de la Junta Directiva.
- b. Dirigir el debate de los temas sometidos a consideración de este organismo y conceder el uso de la palabra.
- c. Convocar a reuniones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva.
- d. Suscribir, conjuntamente con el Secretario y los demás directores, las actas de la Junta Directiva. Las resoluciones de la Junta Directiva sólo requerirán la firma del Presidente y el Secretario.
- e. Representar a la Junta Directiva en los actos y misiones que ésta le encomienda.
- f. Informar al resto de los Directores sobre la correspondencia e informaciones dirigidas a la Junta Directiva que le sean remitidas.
- g. Cualesquier otras señaladas en la Ley o en los reglamentos.

ARTÍCULO 7. Son funciones del Secretario de la Junta Directiva:



Resolución JD 14-2019
De 13 de mayo de 2019

- a. Preparar y remitir a los Directores y al Gerente General, el Orden del Día propuesta para cada reunión, así como la documentación atinente a la misma, con una anticipación no menor de tres días hábiles, salvo que la Junta Directiva disponga algo distinto.
- b. Verificar la existencia de quórum necesario para celebrar reuniones de la Junta Directiva y verificar que las decisiones de la Junta Directiva se han adoptado con el quórum decisivo requerido.
- c. Levantar las actas de las reuniones, firmarlas y llevar el archivo de las mismas.
- d. Coadyuvar con el Presidente y demás Directores para el mejor ejercicio de sus funciones.
- e. Suscribir las Actas de las reuniones de la Junta Directiva y, conjuntamente con el Presidente, suscribir las decisiones que adopte la Junta Directiva que consten en Resoluciones o en otros instrumentos.
- f. Expedir certificaciones y copias sobre actos de la Junta Directiva.
- g. Hacer de conocimiento del Gerente General y del Subgerente General, las decisiones de la Junta Directiva.
- h. Informar al Gerente General, a la Subgerente General o a los Gerentes Directivos o Ejecutivos sobre las decisiones de la Junta Directiva, con el fin de que se adopten las medidas para cumplir con tales decisiones.
- i. Cumplir las funciones que le señale la Junta Directiva.
- j. Dar fe de cualquier actuación de la Junta Directiva durante las reuniones de Junta Directiva o Comités de la cual debe dejarse constancia en Acta para su debida aprobación sin que tal hecho determine que el mismo asume alguna responsabilidad por tales actuaciones.
- k. Las demás que señale la Junta Directiva y la Ley Orgánica de la Caja de Ahorros.

ARTÍCULO 8. El Gerente General suministrará el personal administrativo necesario para apoyar a la Junta Directiva en el ejercicio de sus funciones. En adición a lo anterior, el Gerente General tendrá en relación a las reuniones de Junta Directiva y Comités las funciones que se establecen en los anexos del Manual de Gobierno Corporativo.

ARTÍCULO 9. En adición a lo establecido en el presente Reglamento, son funciones de la Junta Directiva las que se establecen en los anexos del Manual de Gobierno Corporativo.

CAPÍTULO CUARTO - DE LAS REUNIONES

ARTÍCULO 10. Las reuniones son ordinarias y extraordinarias.

La Junta Directiva se reunirá en sesiones ordinarias, por derecho propio, por lo menos una vez al mes, el día en que así se haya acordado. En aquellos casos que ocurran eventos fuera de control que impidan efectuar una sesión ordinaria, según lo programado, el Secretario de la Junta deberá documentar las causas que impidieron la misma y proceder a coordinar con los directores una rápida reprogramación de la reunión en un término razonable, de tal manera que la reunión pendiente se pueda realizar antes de la fecha de la siguiente reunión.

Sin perjuicio de las reuniones Ordinarias, el Presidente de la Junta Directiva, el Gerente General o tres Directores podrán solicitar la convocatoria a reunión Extraordinaria de la Junta Directiva, para considerar temas con carácter de urgencia, o para recibir información del Gerente General. También podrá destinarse la reunión extraordinaria a considerar temas específicos para aligerar las agendas de las reuniones ordinarias. La convocatoria deberá cursarse por conducto del Presidente o del Secretario.

No obstante, los Directores podrán reunirse en cualquier momento sin convocatoria previa, si la totalidad de los Directores, renuncian a tal derecho.

Se establece un procedimiento excepcional de decisión mediante comunicación por correo electrónico o cualquier otro medio electrónico existente. Una vez se reciban las comunicaciones de cada director, se informará de lo decidido al Gerente General, Subgerente General y las Gerencias Directivas o Ejecutivas vinculadas a la temática considerada. Las decisiones para ser válidas requerirán el voto de al menos tres directores, salvo en los casos en que se requiera una mayoría calificada si así lo establece la Ley Orgánica. No obstante tales decisiones deberán ser ratificadas y se dejará constancia de las mismas en la subsiguiente reunión presencial de la Junta Directiva. A tales efectos cada miembro de la Junta Directiva deberá registrar en la Secretaría de la Junta Directiva su correo electrónico o su cuenta en alguna red electrónica. El detalle de los asuntos que se someterán a consideración de los directores para su aprobación o desaprobación les será enviado por el Secretario de la Junta Directiva por vía de correo electrónico u otro medio electrónico cuya autenticidad pueda ser comprobada y la decisión de cada director deberá ser dirigida al Secretario de la Junta Directiva por estos mecanismos.

ARTÍCULO 11. La agenda propuesta para cada reunión ordinaria incluirá entre otros los temas siguientes:

- a. Aprobación de la Orden del Día.
- b. Consideración del Acta o Actas de la Reunión anterior, para su posible aprobación.
- c. Temas Pendientes.
- d. Informe de Comités.
- e. Informe del Gerente General:
 - Hechos organizacionales relevantes.
 - Reuniones de Alto Nivel con representantes de autoridades del Estado y organismos internacionales.
- f. Informe ejecutivo sobre viajes o misiones oficiales aprobados por la Junta Directiva.
- g. Informes y correspondencia relevante, si los hubiere.
- h. Temas sometidos a la consideración de los Directores.



Resolución JD 14-2019
De 13 de mayo de 2019

i. Lo que propongan los Señores Directores.

Los proyectos de Actas distribuidos con anterioridad, se darán por leídos, por lo que no será necesaria la lectura del acta proyectada durante la reunión, salvo petición en contrario de cualquiera de los Directores. Sin embargo, el texto final deberá ser aprobado por la Junta Directiva.

ARTÍCULO 12. La presencia de por lo menos cuatro (4) Directores es necesaria para que la reunión tenga lugar.

El acta de la reunión expresará las condiciones de realización de la misma, las consideraciones y decisiones adoptadas.

El acta será remitida para la consideración de los Directores, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la realización de la respectiva reunión de Junta Directiva y presentada para posible aprobación del Pleno de la Junta Directiva dentro de las dos reuniones ordinarias posteriores. El acta final aprobada será firmada por todos los directores presentes en la reunión y el Secretario de la Junta Directiva, quien solo dará fe de lo aprobado, sin asumir ninguna responsabilidad legal por la decisión adoptada.

ARTÍCULO 13. Si no existiera quórum a la hora convocada para el primer llamado a reunión, el Presidente podrá aguardar hasta la hora siguiente para verificar nuevamente la constitución del quórum mediante un segundo llamado. De presentarse algún Director, luego de una hora de haber iniciado la reunión, dicho Director tendrá derecho a voz pero no a voto. De no existir el quórum requerido, luego del segundo llamado a reunión, los Directores presentes podrán retirarse, aunque sin derecho a percibir dieta alguna. En tal caso se convocará inmediatamente a reunión para el día siguiente, a la misma hora y en el mismo lugar.

Corresponderá al Presidente y al Secretario verificar la hora de llegada de cada Director a la Sala de Reuniones.

ARTÍCULO 14. Verificado el quórum requerido, el Presidente declarará iniciada la reunión y someterá el Orden del Día propuesto por medios físicos o electrónicos a los Directores para su aprobación en la forma presentada o con las modificaciones que acuerden.

ARTÍCULO 15. El Gerente General deberá asistir a las reuniones de la Junta Directiva. Tendrá derecho a emitir concepto sobre cada asunto deliberado.

El Gerente General podrá hacerse acompañar del personal de la Caja de Ahorros y/u otras personas que estime necesario para participar en temas específicos, para quienes deberá solicitar cortesía de sala al Pleno de la Junta Directiva. Agotado el tema específico, el personal de apoyo se retirará, salvo solicitud en contrario del Gerente General.

El Subgerente General, mientras actúe exclusivamente como tal, podrá asistir a las reuniones de Junta Directiva con derecho a voz únicamente. No obstante, cuando actúe en condición de Gerente General Encargado, el Subgerente General tendrá los derechos, obligaciones, funciones y responsabilidades establecidos en el presente Reglamento para el Gerente General.

ARTÍCULO 16. La Junta Directiva, por conducto del Presidente, si así lo decide, podrá extender invitaciones a personas naturales y a los representantes de personas jurídicas, a objeto de que brinden asesoría o explicaciones sobre asuntos de interés para la Caja de Ahorros. Las personas así invitadas accederán a la sala de reuniones una vez aprobada la cortesía de sala. Cuando el Presidente lo indique, intervendrán para los fines exclusivos de la invitación, y se retirarán agotada su presentación.

Igualmente, podrá concederse cortesía de sala a personas que así lo hayan solicitado a la Junta Directiva. Los Directores tendrán derecho a formular las preguntas y a solicitar las aclaraciones que estimen convenientes.

CAPÍTULO QUINTO - DE LAS DISCUSIONES

ARTÍCULO 17. Discusión es la intervención oral que hacen los miembros de la Junta Directiva sobre los asuntos presentados a su consideración. La discusión la abrirá el Presidente, quien someterá a consideración del pleno todas las proposiciones que se presenten.

ARTÍCULO 18. En cada tema participarán todos los Directores que así lo deseen, por un tiempo máximo de quince minutos, sin más restricciones que las de mantenerse dentro del tema que se discute y procurando guardar el orden y respeto hacia sus colegas. Subsecuentemente, los mismos Directores que intervinieron una vez podrán hacerlo nuevamente en una segunda ocasión por un término máximo de cinco minutos. El control del tiempo de cada intervención será responsabilidad del Presidente, quien podrá delegar tal responsabilidad en el Secretario.

ARTÍCULO 19. Cuando un determinado tema fuese discutido ampliamente por más de una hora y aún hubiesen Directores interesados en intervenir, el Presidente por derecho propio o a solicitud de algún Director, consultará al Pleno si se considera lo suficientemente ilustrado y acto seguido concederá la palabra únicamente a los Directores que hasta ese momento hayan manifestado interés en intervenir, luego de lo cual dará por terminada la discusión y en caso de tratarse de una propuesta, la someterá a votación inmediatamente.



Resolución JD 14-2019
De 13 de mayo de 2019

ARTÍCULO 20. Abierta la discusión de un tema, además de las opiniones que externen los Directores sobre el mismo, sólo se admitirán las proposiciones o peticiones siguientes:

1. La modificación o cambios de algún aspecto del tema en debate.
2. Una reclamación de orden.
3. Un informe oral o la lectura de algún documento que guarde relación con lo que se discute.
4. La verificación de quórum.
5. Que se extienda la cortesía de la sala.
6. Solicitud de suspensión de la discusión por estar el pleno debidamente ilustrado.
7. Solicitud de Urgencia Notoria y Alteración del Orden del Día.

ARTÍCULO 21. El Director que interviniere ante el Pleno, sólo podrá ser interrumpido, para ser llamado al orden, para una cuestión de orden o para ser interpelado, si tiene a bien consentir en la misma.

ARTÍCULO 22. El presidente llamará a un Director en el uso de la palabra, al orden:

1. Cuando profiera expresiones ofensivas contra cualquier persona;
2. Cuando irrespete al Presidente de la Junta Directiva o desconozca su autoridad;
3. Cuando irrespete al Gerente General, Subgerente General, otro Director o el Secretario de la Junta Directiva o cualesquiera de los presentes;
4. Cuando se exprese en forma descortés contra cualquier persona a quien la Junta Directiva le haya concedido cortesía de sala; y
5. Cuando utilice lenguaje impropio o inadecuado.

Parágrafo: El Presidente tendrá igual obligación de guardar la compostura y comportamiento con respecto a los presentes, en la misma forma en que se le exige al resto de los Directores. El Presidente podrá ser llamado al orden por cualquiera de los Directores presentes en la reunión.

ARTÍCULO 23. Cualquier Director puede solicitar la palabra para una "cuestión de orden" en los siguientes casos:

1. Cuando no se siguen las reglas del debate establecidas en el presente Reglamento Interno.
2. Cuando, por cualquier circunstancia, la dirección del debate no lleva el orden de quienes solicitan el uso de la palabra.
3. Cuando un Director en el uso de la palabra, no está tratando el tema que se discute.
4. Para solicitar la alteración del orden del día.
5. Para solicitar la verificación de quórum.
6. Para solicitar un receso.
7. Para solicitar que se informe sobre el tema o proposición en discusión.

Parágrafo: Sólo se harán constar en Actas las discusiones y/o comentarios que sostengan la Junta Directiva en presencia del Secretario o Secretario Ad-hoc designado por los Directores.

ARTÍCULO 24. Cuando se llame al orden a un orador, éste cesará inmediatamente en el uso de la palabra. El Director que hace el llamado al orden expondrá, en no más de dos minutos, los motivos de su solicitud.

El Director llamado al orden podrá presentar su defensa en igual tiempo, y luego de esto, el Presidente fallará acerca de si el Director ha faltado o no al orden.

En caso que el Presidente falle en el sentido de que el Director en uso de la palabra, ha faltado al orden, se señalará ante el Pleno y le solicitará que se circunscriba a la cuestión debatida. Si el Director persistiere, el Presidente le negará el derecho de continuar en el uso de la palabra con respecto al asunto que se debate.

Con respecto a los llamados al orden que se hagan al Presidente, corresponderá al Pleno decidir sobre la procedencia o no de los mismos.

ARTÍCULO 25. Durante las reuniones, todas las disposiciones, resoluciones o decisiones del Presidente, son apelables ante el Pleno y revocables por éste, con las excepciones aquí establecidas. En estos casos el apelante tendrá un tiempo máximo de diez minutos para sustentar la apelación, seguidamente el Presidente tendrá igual término para sustentar su decisión y luego el Presidente someterá a votación del Pleno, la disposición, resolución o decisión.

CAPÍTULO SEXTO - DE LAS ACTAS

ARTICULO 26. Las Actas contarán con numeración corrida por cada año; se llevarán de manera temática, principalmente, sin perjuicio de que registren de manera precisa la orientación de las deliberaciones, los incidentes que se produzcan durante la reunión o por situaciones referentes a conflictos de intereses y cualquier otra información que los Directores soliciten que se consigne en el Acta. Concluida la reunión, el Presidente la declarará cerrada.

Los proyectos de las Actas se someterán a la consideración de los Directores para su adopción como Actas, conforme a lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 12 del presente Reglamento. Los borradores deben ser remitidos para revisión de todos los Directores con la debida anticipación. Estas actas deberán ser firmadas por todos los directores presentes en la reunión respectiva y el Secretario de la Junta Directiva pero en este último caso sólo para dar fe de lo acontecido.



Resolución JD 14-2019
De 13 de mayo de 2019

ARTICULO 27. Las reuniones de la Junta Directiva se celebrarán en la sede de la Casa Matriz de la Caja de Ahorros o en el lugar que para tales propósitos disponga la Junta Directiva.

CAPÍTULO SÉPTIMO - DE LAS DECISIONES

ARTICULO 28. Las decisiones de la Junta Directiva serán adoptadas con el voto favorable de más de la mitad de los miembros. La Junta Directiva reglamentará cualesquier otros casos en los que considere necesario que las decisiones sean adoptadas por el voto afirmativo de un mínimo de dos terceras partes de los Directores.

Cuando en las reuniones de Junta Directiva se traten temas en los cuales algún Director o el Gerente General pudieran tener conflictos de interés, dicho director o el gerente general deberá declararse impedido para participar en la discusión del tema y en la toma de decisión de este. A falta de declaración voluntaria del director, dos de los directores presentes podrán solicitar a la Directiva que declare formalmente impedido al respectivo director o al gerente general, según sea el caso.

ARTICULO 29. Las decisiones de la Junta Directiva podrán adoptarse en forma de resoluciones, de otro instrumento o simplemente hacerse constar en el Acta de la reunión.

En todo caso, deberán constar en resolución motivada, aquellas resoluciones que afecten derechos subjetivos de terceros, aquellas que decidan recursos interpuestos ante la Junta Directiva y las que aprueban reglamentos y otros actos que deban publicarse en la Gaceta Oficial.

ARTICULO 30. En cuanto a la toma de decisiones ningún Director podrá:

- a. Exigir o aceptar pagos u otros beneficios, para sí o para terceros, por sus decisiones.
- b. Perseguir la consecución de intereses personales con sus decisiones, ni utilizar para su beneficio personal las oportunidades de negocio que correspondan al banco.
- c. Participar en la consideración de temas, o votar en los mismos, en circunstancias en que pueda tener potenciales conflictos de interés. En estos casos deberá informar su impedimento previamente a los demás miembros de la junta directiva; de no hacerlo, la directiva deberá intimarlo a que se abstenga.

Sin en cualquier momento, en el curso de la reunión, o para la adopción de la decisión, surgiere en un Director conflicto de interés con relación al tema objeto de la deliberación, éste se declarará impedido y se abstendrá de participar tanto en la consideración del tema como en la decisión. Si hubiere duda en el Director sobre la existencia del conflicto, el resto de los Directores resolverá en su ausencia sobre el impedimento.

Lo dispuesto en este Artículo se aplicará igualmente respecto del Gerente General y del Subgerente General en lo que sea pertinente.

CAPÍTULO OCTAVO - DE LOS COMITÉS

ARTICULO 31. La Junta Directiva, para el mejor cumplimiento de sus funciones y el cumplimiento de las disposiciones expedidas por la Superintendencia de Bancos, nombrará Comités integrados por sus miembros para analizar temas o materias específicas y formular las recomendaciones pertinentes. Los Comités podrán tener períodos fijos o designarse en forma permanente por todo el período de nombramiento de los Directores.

Los Comités estarán integrados por los Directores que el Presidente designe.

Los Comités contarán con el apoyo de la Gerencia General, del Secretario de la Junta Directiva, al igual que del resto del personal de la Secretaría, así como de los ejecutivos de la Institución que sean afines con las tareas de cada Comité.

En la designación de los miembros de los Comités, el Presidente tendrá en cuenta la disponibilidad e interés de los propios Directores, así como la experiencia y conocimientos en la materia respectiva, y en los riesgos inherentes a la misma, evitando posibles conflictos de interés, de conformidad a lo dispuesto en el Acuerdo de Gobierno Corporativo emitido por la Superintendencia de Bancos de Panamá.

ARTICULO 32. Sin perjuicio de lo antes indicado, serán Comités permanentes de la Junta Directiva los siguientes: Comité de Auditoría, Comité de Gobierno Corporativo, Comité de Riesgo, Comité de Prevención de Blanqueo de Capitales, Comité de Crédito Nacional – Crédito de Consumo, Comité de Crédito Nacional de Banca Corporativa los cuales deberán ser reglamentados.

No obstante lo anterior, el Pleno podrá cuando lo considere necesario por iniciativa de alguno de los Directores o del Gerente General, establecer comisiones accidentales con la participación conjunta de Directores y personal administrativo de la Caja de Ahorros para adelantar aquellas tareas que le asigne el Pleno.

Será responsabilidad del Comité de Auditoría la revisión y aprobación de los estados financieros internos y auditados, documentos que deberán estar previamente avalados por la Gerencia Directiva de Finanzas y la Gerencia General, para asegurar el cumplimiento de las políticas de contabilidad apropiadas para su posterior aprobación de la Junta Directiva.



Resolución JD 14-2019
De 13 de mayo de 2019



ARTICULO 33. Los comités de la Junta Directiva se reunirán en sesiones ordinarias, por derecho propio, número de veces que determinen sus reglamentos internos.

En aquellos casos que ocurran eventos fuera de control que impidan efectuar una sesión ordinaria del comité, según lo programado, el Secretario de la reunión deberá documentar las causas que impidieron la misma y proceder a coordinar con los miembros del comité una rápida reprogramación de la reunión en un término razonable, de tal manera que la reunión pendiente se pueda realizar antes de la fecha de la siguiente reunión

CAPÍTULO NOVENO - DE LAS DIETAS

ARTICULO 34. Los Directores tendrán derecho a recibir dietas por su asistencia a las reuniones de Junta Directiva.

El monto de la dieta por la asistencia a las reuniones será fijado por el Órgano Ejecutivo mediante Decreto Ejecutivo, tal como lo señala la Ley Orgánica de la Caja de Ahorros.

ARTÍCULO 35. Los Directores tendrán derecho a recibir dietas por su asistencia a las reuniones de los Comités Permanentes conforme lo determine la Junta Directiva.

CAPÍTULO DÉCIMO - DE LAS DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 36. La Junta Directiva deberá realizar evaluaciones periódicas por lo menos una vez cada tres años de sus propias prácticas y procedimientos de gobierno corporativo.

ARTÍCULO 37. Son de acceso restringido todas las informaciones contenidas en las actas de la Junta Directiva de la Caja de Ahorros y sus anexos. En tal sentido, sólo los funcionarios de la Caja de Ahorros que autorice la Junta Directiva, sus auditores internos, los auditores externos y los de la Superintendencia de Bancos o las autoridades competentes podrán tener acceso al contenido de las mismas y sus anexos.

ARTICULO 38. Esta Resolución deroga en todas sus partes la Resolución No. 6/2018 de Caja de Ahorros y toda disposición reglamentaria que le sea contraria.

Dado en la ciudad de Panamá, a los trece (13) días del mes de mayo de 2019.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

Eyda Varela de Chinchilla
Presidenta

Elyonor Samudio de Ávila
Secretaria

Certifico que el presente documento
es fiel copia de su original

Panamá, 29 de mayo de 2019

Secretario de Junta Directiva





MUNICIPIO DE LAS TABLAS

Provincia de Los Santos
Las Tablas, Calle Emilio Castro
Teléfonos: 923-0820

CONCEJO MUNICIPAL DE LAS TABLAS

Acuerdo Municipal No.31
De 11 de abril de 2019

MUNICIPIO DE LAS TABLAS
CONSEJO MUNICIPAL
FIEL COPIA de su original
Fecha: 27/5/2019
Ricardo Gómez
El Secretario

POR EL CUAL SE APRUEBA LA ADJUDICACIÓN DE UN LOTE DE TERRENO UBICADO EN EL CORREGIMIENTO DE LA PALMA, DEL DISTRITO DE LAS TABLAS, PROVINCIA DE LOS SANTOS Y SE FACULTA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE LAS TABLAS PARA FIRMAR LA RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN A FAVOR DE SU OCUPANTE.

CONSIDERANDO:

Que el Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, por mandato Constitucional debe velar por el cumplimiento específico de los fines señalados el Artículo 233 de la Constitución Política de la República de Panamá, referente al desarrollo social y económico de su población.

Que es función del Concejo Municipal, según el artículo 242, numeral 9 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de otras que la Ley señale, expedir, modificar, reformar y derogar acuerdos y resoluciones municipales, en lo referente a Las materias vinculadas a las competencias del municipio, según la Ley.

Que la ley 106 del 8 de octubre de 1973 y demás normas que la modifican, otorgan mediante su artículo 17, numeral 9, que los Consejos Municipales tendrán competencia exclusiva, para reglamentar el uso, arrendamiento, venta y adjudicaciones de solares o lotes y demás bienes municipales que se encuentren dentro de las áreas y ejidos de la población y de los demás terrenos municipales;

Que la Nación representada por el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección de Titulación y Regulación, traspasó a título gratuito, a favor del Municipio de Las Tablas, un (1) globos de terreno baldío nacional ubicado en el Corregimiento La Palma, Distrito de Las Tablas, Provincia de Los Santos, mediante la escritura Pública Trece Mil Doscientos Veintiocho (13,228) del quince (15) de junio de mil Novecientos ochenta y ocho (1988). Que el Municipio de Las Tablas, en beneficio del desarrollo social y económico de la Comunidad de Las Tablas en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Capítulo Primero del Acuerdo Municipal No. 16 de 21 de octubre de 2008, mediante el cual se establece el texto único para los trámites de procedimientos de adjudicación ajustados para el Distrito de Las Tablas, conforme a la metodología única del Programa Nacional de Administración de Tierras (PRONAT), considera necesario aprobar la adjudicación de los lotes de terreno solicitados al Municipio de Las Tablas a favor de cada uno de los ocupantes, dado a que el artículo 2 del Acuerdo Municipal No. 62 de 2 de junio de 2009, establece que el municipio se encargara de las titulaciones que se soliciten a realizar en los corregimientos de Las Tablas cabecera y de La Palma.

Que atendiendo a las consideraciones expuestas, El Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, en uso de sus facultades legales;

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR, la adjudicación de lote de terreno, a favor de la siguiente persona:

Nombre y Apellido	Cedula	Piano No.	No. predio	Superficie	Precio
NORIS MIGDALIA DIAZ ESCUDERO	7-70-2002	70211-37159	13,228	0 HAS+93.39	B/. 46.69

ARTÍCULO SEGUNDO: ESTABLECER que todo adjudicatario tendrá un plazo mínimo de dos (2) años para cancelar el precio del lote de terreno, fijado por el presente Acuerdo Municipal, de lo contrario se mantendrá la marginal en el Registro Público a favor del Municipio de Las Tablas.

ARTÍCULO TERCERO: FACULTAR, al Alcalde del Distrito de Las Tablas, para que en nombre y representación del Municipio de Las Tablas firme las resoluciones de adjudicación a favor de los ocupantes, debidamente certificada por el Secretario (a) del Concejo Municipal, con el debido refrendo del Alcalde del Municipio de Las Tablas. El Secretario (a) del Concejo Municipal certificará la autenticidad de las firmas con base en una copia autenticada de la respectiva resolución, la cual se inscribirá en el Registro Público de Panamá.

ARTÍCULO CUARTO: El presente Acuerdo Municipal, se publicará en lugar visible de la Secretaría del Concejo Municipal, Oficina de Alcaldía y Corregiduría donde está ubicado el predio, por diez (10) días calendarios y por una sola vez en Gaceta Oficial.

ARTÍCULO QUINTO: Las adjudicaciones aprobadas por el presente Acuerdo Municipal, están exentas del pago de cualquier tasa, impuesto o derecho adicional al precio o valor del lote de terreno.

ARTÍCULO SEXTO: Este Acuerdo Municipal empezará a regir a partir de su Promulgación.

Aprobado en el Salón de reuniones Jaime Alba del Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, a los once (11) días del mes de abril de Dos Mil diecinueve (2019).

H.R RICARDO AMAYA
Presidente del Concejo Municipal
Del Distrito de Las Tablas.



DIOGENES CAMARENA
Secretario

ALCALDÍA DEL DISTRITO DE LAS TABLAS,
Las Tablas, 12 de abril de 2019.

Aprobado y Sancionado:
Alcalde Municipal de Las Tablas

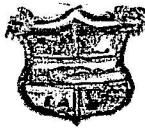
NOÉ IVAN HERRERA RIVERA



Ejecútese y Cúmplase:
Secretaria General

TANIA YARIZA BENAVIDES FRANCO

MUNICIPIO DE LAS TABLAS
CONSEJO MUNICIPAL
FIEL COPIA de su original
Fecha: 27/05/2019
El Secretario



MUNICIPIO DE LAS TABLAS

Provincia de Los Santos

Las Tablas, Calle Emilio Castro

Teléfonos: 923-0820

CONCEJO MUNICIPAL DE LAS TABLAS

MUNICIPIO DE LAS TABLAS
CONSEJO MUNICIPAL

FIEL COPIA de su original

Fecha: 27/5/2019

Vicente Ochoa G.

El Secretario

Acuerdo Municipal No.32

De 11 de abril de 2019

POR EL CUAL SE APRUEBA LA ADJUDICACIÓN DE UN LOTE DE TERRENO UBICADO EN EL CORREGIMIENTO DE LA PALMA, DEL DISTRITO DE LAS TABLAS, PROVINCIA DE LOS SANTOS Y SE FACULTA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE LAS TABLAS PARA FIRMAR LA RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN A FAVOR DE SU OCUPANTE.

CONSIDERANDO:

Que el Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, por mandato Constitucional debe velar por el cumplimiento específico de los fines señalados el Artículo 233 de la Constitución Política de la República de Panamá, referente al desarrollo social y económico de su población.

Que es función del Concejo Municipal, según el artículo 242, numeral 9 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de otras que la Ley señale, expedir, modificar, reformar y derogar acuerdos y resoluciones municipales, en lo referente a las materias vinculadas a las competencias del municipio, según la Ley.

Que la ley 106 del 8 de octubre de 1973 y demás normas que la modifican, otorgan mediante su artículo 17, numeral 9, que los Consejos Municipales tendrán competencia exclusiva, para reglamentar el uso, arrendamiento, venta y adjudicaciones de solares o lotes y demás bienes municipales que se encuentren dentro de las áreas y ejidos de la población y de los demás terrenos municipales;

Que la Nación representada por el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección de Titulación y Regulación, traspasó a título gratuito, a favor del Municipio de Las Tablas, un (1) globo de terreno baldío nacional ubicado en el Corregimiento La Palma, Distrito de Las Tablas, Provincia de Los Santos, mediante la escritura Pública Trece Mil Doscientos Veintiocho (13,228) del quince (15) de junio de mil Novecientos ochenta y ocho (1988). Que el Municipio de Las Tablas, en beneficio del desarrollo social y económico de la Comunidad de Las Tablas en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Capítulo Primero del Acuerdo Municipal No. 16 de 21 de octubre de 2008, mediante el cual se establece el texto único para los trámites de procedimientos de adjudicación ajustados para el Distrito de Las Tablas, conforme a la metodología única del Programa Nacional de Administración de Tierras (PRONAT), considera necesario aprobar la adjudicación de los lotes de terreno solicitados al Municipio de Las Tablas a favor de cada uno de los ocupantes, dado a que el artículo 2 del Acuerdo Municipal No. 62 de 2 de junio de 2009, establece que el municipio se encargara de las titulaciones que se soliciten a realizar en los corregimientos de Las Tablas cabecera y de La Palma.

Que atendiendo a las consideraciones expuestas, El Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, en uso de sus facultades legales;

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR, la adjudicación de lote de terreno, a favor de la siguiente persona:

Nombre y Apellido	Cedula	Plano No.	No. predio	Superficie	Precio
JILMA ZOBEIDA ACEVEDO DE VALDES	7-50-385	70211-37300	13,228	0 HAS+195.14	B/. 97.57

ARTÍCULO SEGUNDO: ESTABLECER que todo adjudicatario tendrá un plazo mínimo de dos (2) años para cancelar el precio del lote de terreno, fijado por el presente Acuerdo Municipal, de lo contrario se mantendrá la marginal en el Registro Público a favor del Municipio de Las Tablas.

ARTÍCULO TERCERO: FACULTAR, al Alcalde del Distrito de Las Tablas, para que en nombre y representación del Municipio de Las Tablas firme las resoluciones de adjudicación a favor de los ocupantes, debidamente certificada por el Secretario (a) del Concejo Municipal, con el debido refrendo del Alcalde del Municipio de Las Tablas. El Secretario (a) del Concejo Municipal certificará la autenticidad de las firmas con base en una copia autenticada de la respectiva resolución, la cual se inscribirá en el Registro Público de Panamá.

ARTÍCULO CUARTO: El presente Acuerdo Municipal, se publicará en lugar visible de la Secretaría del Concejo Municipal, Oficina de Alcaldía y Corregiduría donde está ubicado el predio, por diez (10) días calendarios y por una sola vez en Gaceta Oficial.

ARTÍCULO QUINTO: Las adjudicaciones aprobadas por el presente Acuerdo Municipal, están exentas del pago de cualquier tasa, impuesto o derecho adicional al precio o valor del lote de terreno.

ARTÍCULO SEXTO: Este Acuerdo Municipal empezará a regir a partir de su Promulgación.

Aprobado en el Salón de reuniones Maíme Alba del Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, a los once (11) días del mes de abril de Dos Mil diecinueve (2019).

H.R RICARDO AMAYA
Presidente del Concejo Municipal
Del Distrito de Las Tablas.

DIOGENES CAMARENA
Secretario

ALCALDÍA DEL DISTRITO DE LAS TABLAS,
Las Tablas, 12 de abril de 2019.

Aprobado y Sancionado:
Alcalde Municipal de Las Tablas

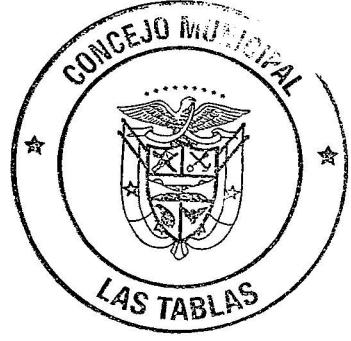
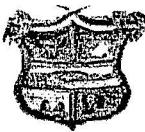
NOE IVAN HERRERA RIVERA

Ejecútese y Cúmplase:
Secretaria General

TANIA YARIZA BENAVIDES FRANCO

MUNICIPIO DE LAS TABLAS
CONSEJO MUNICIPAL
FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
Fecha: 22/07/2019
El Secretario





MUNICIPIO DE LAS TABLAS
CONSEJO MUNICIPAL
FIEL COPIA de su original
Fecha: 27/5/2019
El Secretario

MUNICIPIO DE LAS TABLAS

Provincia de Los Santos
Las Tablas, Calle Emilio Castro
Teléfonos 923-0820

CONCEJO MUNICIPAL DE LAS TABLA

Acuerdo Municipal No.33
De 11 de abril de 2019

POR EL CUAL SE APRUEBA LA ADJUDICACIÓN DE UN LOTE DE TERRENO UBICADO EN EL CORREGIMIENTO DE LAS TABLAS, BARRIADA NUEVO MEXICO, DEL DISTRITO DE LAS TABLAS, PROVINCIA DE LOS SANTOS Y SE FACULTA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE LAS TABLAS PARA FIRMAR LA RESOLUCION DE ADJUDICACIÓN A FAVOR DE SU OCUPANTE.

CONSIDERANDO:

Que el Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, por mandato Constitucional debe velar por el cumplimiento específico de los fines señalados el Artículo 233 de la Constitución Política de la República de Panamá, referente al desarrollo social y económico de su población.

Que es función del Concejo Municipal, según el artículo 242, numeral 9 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de otras que la Ley señale, expedir, modificar, reformar y derogar acuerdos y resoluciones municipales, en lo referente a Las materias vinculadas a las competencias del municipio, según la Ley.

Que la ley 106 del 8 de octubre de 1973 y demás normas que la modifican, otorgan mediante su artículo 17, numeral 9, que los Consejos Municipales tendrán competencia exclusiva, para reglamentar el uso, arrendamiento, venta y adjudicaciones de solares o lotes y demás bienes municipales que se encuentren dentro de las áreas y ejidos de la población y de los demás terrenos municipales;

Que la Nación representada por el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección de Titulación y Regulación, traspasó a título gratuito, a favor del Municipio de Las Tablas, un (1) globos de terreno baldío nacional ubicado en el Corregimiento **Las Tablas**, Barriada Nuevo Mexico, Distrito de Las Tablas, Provincia de Los Santos, mediante la escritura Pública Diez Mil Trecientos Ochenta y Cinco (10385) del cuatro (4) de junio de mil Novecientos ochenta y ocho (1988). Que el Municipio de Las Tablas, en beneficio del desarrollo social y económico de la Comunidad de Las Tablas en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Capítulo Primero del Acuerdo Municipal No. 16 de 21 de octubre de 2008, mediante el cual se establece el texto único para los trámites de procedimientos de adjudicación ajustados para el Distrito de Las Tablas, conforme a la metodología única del Programa Nacional de Administración de Tierras (PRONAT), considera necesario aprobar la adjudicación de los lotes de terreno solicitados al Municipio de Las Tablas a favor de cada uno de los ocupantes, dado a que el artículo 2 del Acuerdo Municipal No. 62 de 2 de junio de 2009, establece que el municipio se encargara de las titulaciones que se soliciten a realizar en los corregimientos de Las Tablas cabecera y de La Palma.

Que atendiendo a las consideraciones expuestas, El Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, en uso de sus facultades legales;

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR, la adjudicación de lote de terreno, a favor de la siguiente persona:

Nombre y Apellido	Cedula	Plano No.	No. predio	Superficie	Precio
JOSE DEL CARMEN CALDERON GUTIERREZ	7-701-1326	70201-35717	10385	0 HAS+234.74	B/. 586.85

ARTÍCULO SEGUNDO: ESTABLECER que todo adjudicatario tendrá un plazo mínimo de dos (2) años para cancelar el precio del lote de terreno, fijado por el presente Acuerdo Municipal, de lo contrario se mantendrá la marginal en el Registro Público a favor del Municipio de Las Tablas.

ARTÍCULO TERCERO: FACULTAR, al Alcalde del Distrito de Las Tablas, para que en nombre y representación del Municipio de Las Tablas firme las resoluciones de adjudicación a favor de los ocupantes, debidamente certificada por el Secretario (a) del Concejo Municipal, con el debido refrendo del Alcalde del Municipio de Las Tablas. El Secretario (a) del Concejo Municipal certificará la autenticidad de las firmas con base en una copia autenticada de la respectiva resolución, la cual se inscribirá en el Registro Público de Panamá.

ARTÍCULO CUARTO: El presente Acuerdo Municipal, se publicará en lugar visible de la Secretaría del Concejo Municipal, Oficina de Alcaldía y Corregiduría donde está ubicado el predio, por diez (10) días calendarios y por una sola vez en Gaceta Oficial.

ARTÍCULO QUINTO: Las adjudicaciones aprobadas por el presente Acuerdo Municipal, están exentas del pago de cualquier tasa, impuesto o derecho adicional al precio o valor del lote de terreno.

ARTÍCULO SEXTO: Este Acuerdo Municipal empezará a regir a partir de su Promulgación.

Aprobado en el Salón de reuniones Jaime Alba del Concejo Municipal del Distrito de Las Tablas, a los once (11) días del mes de abril de Dos Mil diecinueve (2019).


H.R. RICARDO AMAYA
Presidente del Concejo Municipal
Del Distrito de Las Tablas.


CONCEJO MUNICIPAL
LAS TABLAS


DIÓGENES CAMARENA
Secretario

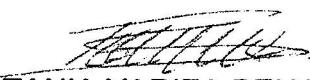
ALCALDÍA DEL DISTRITO DE LAS TABLAS,
Las Tablas, 12 de abril de 2019.

Aprobado y Sancionado:
Alcalde Municipal de Las Tablas


NOE IVAN HERRERA RIVERA



Ejecútese y Cúmplase:
Secretaria General


TANIA YARIZA BENAVIDES FRANCO

MUNICIPIO DE LAS TABLAS
CONSEJO MUNICIPAL
FIEL COPIA de su original
Fecha: 22/05/2019
El Secretario

AVISOS

AVISO DE TRASPASO. De acuerdo al Artículo 777 del Código de Comercio de la República de Panamá, el señor **MARTÍN FRANCISCO QUINTERO BETHANCOURT**, R.U.C. 8-852-2270, propietario del establecimiento comercial **FARMACIA SAN JOSÉ NAZARENO**, con aviso de operación No. 8-852-2270-2017-539569, ubicado en la provincia de Panamá Oeste, distrito de Arraiján, corregimiento de Arraiján Cabecera, urbanización Barriada Tacher, calle avenida 5ta. Sur, casa 3693, traspasa a la Sra. **STEPHANIE NAZARETH GÓMEZ JORDAN**, R.U.C. 8-851-787, residente en Betania, distrito de Panamá, provincia de Panamá. L. 202-105432760. Tercera publicación.

AVISO. Para dar cumplimiento al Artículo 777 del Código de Comercio yo: **JULIÁN ANTONIO LUM CHU**, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal No. PE-14-2030, hago constar que he traspasado mi aviso de operación No. PE-14-2030-2008-146637, de mi establecimiento comercial denominado **MINI SÚPER LEUNG**, ubicado en calle 11 de Octubre y Juana Bautista De la Coba, edificio 3478, Barrio Colón, La Chorrera, que me autoriza a la compra y venta al por menor de víveres, útiles escolares, ferretería, electricidad, gaseosas, refrescos, repuestos de bicicletas, buhonería, carnes, gas licuado, medicamentos populares de expendio sin receta médica, y licores en recipientes cerrados, al señor **YAN ZHOU YAP XIE**, con cédula N-19-1951. Julián Antonio Lum Chu. PE-14-2030. L. 202-105429403. Primera publicación.

AVISO DE DISOLUCIÓN. Por este medio se avisa al público que mediante escritura pública No. 3371 del 24 de abril de 2019, extendida ante la Notaría Tercera del Circuito Notarial de Panamá, inscrita dicha escritura pública con Folio No. 155595202, Asiento No. 2 desde el 16 de mayo de 2019, en la Sección (Mercantil) del Registro Público, ha sido disuelta la sociedad anónima denominada **SOL REAL HOLDING, S.A.** L. 202-105420848. Única publicación.

ACTA DE TRASPASO DEL MINI SÚPER MELISSA. Entre las partes a saber **HENRY AUGUSTO JO LIONG MARÍN**, varón, panameño, comerciante, mayor de edad, con cédula de identidad personal No. PE-7-239, representante legal del establecimiento comercial denominado **MINI SÚPER MELISSA**, en mi condición de **CEDENTE** y **GUO CHENG ZHANG ZHU**, varón, panameño, comerciante, mayor de edad, con cédula de identidad personal No.

3-734-379, en mi condición de **CESIONARIO**, convenimos el **TRASPASO** del establecimiento comercial denominado **MINI SÚPER MELISSA**, ubicado en la barriada San José, calle principal, corregimiento de Sabanitas, provincia de Colón, República de Panamá, su representante legal, mobiliario, equipos, inventario de mercaderías, responsabilidades tributarias, municipales y estatales, beneficios de la Resolución No. 30 del 13 de julio de 2000, que autoriza la instalación y operación para la venta de licores y cervezas al por menor, el traspaso del registro municipal de negocio No. 00000297. Acuerdan las partes establecer como valor simbólico de este traspaso la suma de B/.100.00 (cien balboas con 00/100). Declara el **CEDENTE** Henry Augusto Jo Llong Marín, que no existe reclamación alguna en esta cesión y que es su voluntad sin limitaciones ni imposiciones efectuar el presente traspaso. Aceptan los firmantes todos y cada uno de los detalles del presente acuerdo de traspaso, por lo cual firman: Henry Augusto Jo Llong Marín. C.I.P. PE-7-2398. Cedente. Guo Cheng Zhang Zhu. C.I.P. 3-734-379. Cesionario. Mario Ignacio Hoyte V. 3-73-2580. Apoderado. L. 202-105444271. Primera publicación.

EDICTOS



**REPÚBLICA DE PANAMÁ
AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE TIERRAS
DIRECCIÓN NACIONAL DE TITULACIÓN Y REGULARIZACIÓN
PROVINCIA DE COCLE**

EDICTO No. 18 -2019.

**EL SUSCRITO FUNCIONARIO SUSTANCIADOR DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE
TITULACIÓN Y REGULARIZACIÓN DE TIERRA
PROVINCIA DE COCLE**

HACE SABER QUE:

Que JEEATHBELL RAFAELA DELGADO MARES, vecina (a) de Penonomé, Corregimiento de Penonomé, Provincia de Coclé, portador (a) con Cédula de identidad No. 8-762-225, JOSE DE LA ROSA DELGADO MARES, vecino (a) de Penonomé, Corregimiento de Penonomé, Provincia de Coclé, portador (a) con Cédula de identidad No. 2-720-950, JUAN GABRIEL ALVEO MARES, vecino (a) de Penonomé, Corregimiento de Penonomé, Provincia de Coclé, portador (a) con Cédula de identidad No. 2-731-1698 y JUBETY ROSARIO DELGADO MARES, vecina (a) de Penonomé, Corregimiento de Penonomé, Provincia de Coclé, portador (a) con Cédula de identidad No. 8-783-193 ha solicitado a la Dirección Nacional de Titulación y Regularización, mediante Expediente con Predio No. 60068, según plano aprobado, con Cedula Catastral No. 4141419004309, con Fecha 13 de febrero de 2019, adjudicación a Título Oneroso de una parcela de tierra, Baldía Adjudicable con una Superficie total de 4 HAS + 9,152.49 METROS, Ubicada en el Lugar Poblado de SANTA CRUZ, Corregimiento de PAJONAL, Distrito de PENONOME, Provincia de COCLE, comprendidos dentro de los siguientes linderos:

Este: QUEBRADA SANTA CRUZ, SERVIDUMBRE FLUVIAL DE 3.00 M – MARCOS ANIANA ALVEO MARTINEZ DE CAMAÑO Y OTRA – ROBERTO DANIEL GORDON GRAELL.

Norte: GENEROSO EMILIO CARLES VERGARA - ROBERTO DANIEL GORDON GRAELL.

Oeste: CAMINO DE TIERRA A OTROS PREDIOS SERVIDUMBRE VIAL DE 12.80m - GENEROSO EMILIO CARLES VERGARA - DIANA MARIBEL ALVEO FERNANDEZ,

Sur: DIANA MARIBEL ALVEO FERNANDEZ – SABINO ALVEO RODRIGUEZ - MARCOS ANIANA ALVEO MARTINEZ DE CAMAÑO Y OTRA.

Para los efectos legales, se fija el presente edicto en lugar visible de la Dirección Nacional de Titulación y Regularización de Tierra en la Provincia de Coclé y en el Municipio de Penonomé, en la Casa de Justicia por Jueces de Paz, y copia del mismo se hará publicar en el órgano de Publicidad correspondiente tal como lo ordena el Artículo 108 del Código Agrario.

Este edicto tendrá una vigencia de 15 días a partir de su última publicación.

Dado en la Ciudad de Penonomé, Hoy 20 de mayo de 2019.


LICIO DAN EL ROSAS ZAMBRANO
 Director Regional Encargado
 ANATI - Coclé




MARIA EUGENIA CESPEDES
 Secretaria AD-Hoc.
 ANATI – Coclé

GACETA OFICIAL

Liquidación: 202-105439535



**AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE TIERRAS
DIRECCIÓN NACIONAL DE TITULACIÓN Y REGULARIZACIÓN
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA REGIONAL DE PANAMÁ OESTE**

EDICTO N° 102

El suscrito Funcionario Sustanciador de la Dirección Administrativa Regional de Panamá Oeste

HACE SABER:

Que **RICARDO TEJADA**, con número de identidad personal **8-87-95**, ha solicitado la adjudicación de un terreno baldío nacional ubicado en la provincia de **PANAMA**, distrito de **ARRAIJAN**, corregimiento de **ARRAIJAN**, lugar **RIO POTRERO**, dentro de los siguientes linderos:

Norte: **DIGNA ROJAS DE MAGALLON, ANA TERESA CEDEÑO.**

Sur: **CALLE DE 5.00 MTS A BURUNGA Y AL RIO POTREROS.**

Este: **CALLE DE 5.00 MTS A BURUNGA Y AL RIO POTREROS.**

Oeste: **CAMPO DE JUEGO.**

con una superficie de **0** hectáreas, más **4600** metros cuadrados, con **31** decímetros cuadrados; a segregarse de la finca número **6150**, Tomo **194**, Folio **460**, Denominada **LA CONSTANCIA**, Propiedad del **M.I.D.A.**

El expediente lleva el número de identificación: **8-173-80** de **27 de OCTUBRE** del año **1980**.

Para efectos legales, el presente edicto se fijará por quince (15) días hábiles en la Dirección Regional y en la Alcaldía o Corregiduría o Casa de Justicia Comunitaria de Paz; se publicará por tres (3) días consecutivos en un periódico de circulación nacional, y un (1) día en la Gaceta Oficial; para que cualquier persona que sienta que la solicitud de adjudicación le afecte, podrá anunciar ante la ANATI su oposición a la misma, hasta quince (15) días hábiles después de efectuada la última publicación.

FUNDAMENTO JURÍDICO: artículos 108, 131 y 133 de la Ley 37 de 1962.

Dado en la provincia de **PANAMA OESTE**, a los **TRES (03)** días del mes de **ABRIL** del año **2019**.

Firma: *Cecilia Aguilar P.*
 Nombre: **EMILY AGUILAR**
 SECRETARIA(O) AD HOC

Firma: *Licenciada Marta Aparicio*
 Nombre: **LICENCIADA MARTA APARICIO**
 FUNCIONARIO(A) SUSTANCIADOR

FIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		



DESFIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		

Firma:
 Nombre:
SECRETARIO ANATI

Firma:
 Nombre:
SECRETARIO ANATI

GACETA OFICIAL

Liquidación: **202-105411525**



AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE TIERRAS
DIRECCIÓN NACIONAL DE TITULACIÓN Y REGULARIZACIÓN
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA REGIONAL DE PANAMÁ OESTE

EDICTO N° 112

El suscrito Funcionario Sustanciador de la Dirección Administrativa Regional de Panamá Oeste

HACE SABER:

Que **ELIDA MENDOZA TORIBIO**, con número de identidad personal **8-528-132**, ha solicitado la adjudicación de un terreno baldío nacional ubicado en la provincia de **PANAMA**, distrito de **ARRAIJAN**, corregimiento de **NUEVO EMPERADOR**, lugar **LA GLORIA**, dentro de los siguientes linderos:

Norte: **FINCA 207233, DOCUMENTO 275406, PLANO 80-03-8507, DEYANIRA MAGALLON DE RODRIGUEZ.**

Sur: **CALLE DE TOSCA DE 10.00 MTS A OTROS LOTES Y A CARRETERA PRINCIPAL.**

Este: **RESTO LIBRE DE LA FINCA 4479, TOMO 99, FOLIO 444, PROPIEDAD DEL MIDA OCUPADO POR: HIGINIO PERFECTO AIZPURA MENDOZA, CALLE DE TOSCA DE 10.00 MTS A OTROS LOTES Y A CARRETERA PRINCIPAL.**

Oeste: **RESTO LIBRE DE LA FINCA 4479, TOMO 99, FOLIO 444, PROPIEDAD DEL MIDA OCUPADO POR: LILIANA MENDOZA TORIBIO.**

con una superficie de **0** hectáreas, más **2984** metros cuadrados, con **23** decímetros cuadrados; a segregarse de la **FINCA N° 4479, TOMO 99, FOLIO 444**, propiedad del **M.I.D.A.**, denominada **SANTA CLARA**.

El expediente lleva el número de identificación: **8-5-011-2010** de **06** de **ENERO** del año **2010**.

Para efectos legales, el presente edicto se fijará por quince (15) días hábiles en la Dirección Regional y en la Alcaldía o Corregiduría o Casa de Justicia Comunitaria de Paz; se publicará por tres (3) días consecutivos en un periódico de circulación nacional, y un (1) día en la Gaceta Oficial; para que cualquier persona que sienta que la solicitud de adjudicación le afecte, podrá anunciar ante la ANATI su oposición a la misma, hasta quince (15) días hábiles después de efectuada la última publicación.

FUNDAMENTO JURÍDICO: artículos 108, 131 y 133 de la Ley 37 de 1962.

Dado en la provincia de **PANAMA OESTE**, a los **DIECISEIS (16)** días del mes de **ABRIL** del año **2019**.

Firma: 
 Nombre: **EMILY AGUILAR**
 SECRETARIA(O) AD HOC

Firma: 
 Nombre: **LICENCIADA MARTA APARICIO**
 FUNCIONARIO(A) SUSTANCIADOR

FIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		



DESFIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		

Firma:
 Nombre:
 SECRETARIO ANATI

Firma:
 Nombre:
 SECRETARIO ANATI

GACETA OFICIAL

Liquidación..... **202-10545-0300**



AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE TIERRAS
DIRECCIÓN NACIONAL DE TITULACIÓN Y REGULARIZACIÓN
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA REGIONAL DE PANAMÁ OESTE

EDICTO N° 122

El suscrito Funcionario Sustanciador de la Dirección Administrativa Regional de Panamá Oeste

HACE SABER:

Que **JORGE ELIEZER MONCADA GUERRA** con número de identidad personal **8-358-338**, ha solicitado la adjudicación de un terreno baldío nacional ubicado en la provincia de **PANAMA OESTE**, distrito de **CAPIRA**, corregimiento de **CERMEÑO**, lugar **QUEBRADA GRANDE**, dentro de los siguientes linderos:

Norte: **CARRETERA DE ASFALTO DE 15.00 MTS HACIA QUEBRADA GRANDE Y HACIA CERMEÑO.**

Sur: **TERRENOS NACIONALES PROPIEDAD DE EVERGREEN, SERVIDUMBRE FLUVIAL DE 10.00 MTS QUEBRADA GRANDE.**

Este: **TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR: MARTA INES DOMINGUEZ.**

Oeste: **TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR; JORGE ELIEZER MONCADA GUERRA, QUEBRADA GRANDE.**

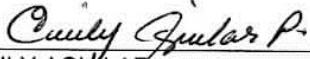
Con una superficie de **1** hectáreas, más **4349** metros cuadrados, con **98** decímetros cuadrados.

El expediente lleva el número de identificación **8-747-2009** de **13** de **AGOSTO** del año **2009**.

Para efectos legales, el presente edicto se fijará por quince (15) días hábiles en la Dirección Regional y en la Alcaldía o Casa de Justicia Comunitaria de Paz; se publicará por tres (3) días consecutivos en un periódico de circulación nacional, y un (1) día en la Gaceta Oficial; para que cualquier persona que sienta que la solicitud de adjudicación le afecte, podrá anunciar ante la ANATI su oposición a la misma, hasta quince (15) días hábiles después de efectuada la última publicación.

FUNDAMENTO JURÍDICO: artículos 108, 131 y 133 de la Ley 37 de 1962.

Dado en la Provincia de **PANAMA OESTE** a los veintitrés (23) días del mes de **ABRIL** del año **2019**

Firma: 
 Nombre: **EMILY AGUILAR**
 SECRETARIA AD HOC

Firma: 
 Nombre: **MARTA APARICIO**
 FUNCIONARIO(A)/SUSTANCIADOR(A)

FIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		

Firma:
 Nombre:
 SECRETARIA ANATI



DESFIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
*		
A las:		

Firma:
 Nombre:
 SECRETARIA ANATI

GACETA OFICIAL

Liquidación: **202105444557**