Elaborado: Bogotá. D.C., Fecha: Abril 20 de 2015

TARJETA INDIVIDUAL DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE LEPRA

Es el registro que permite identificar a la persona inscrita dentro del programa, la administración de la poliquimioterapia (PQT), el resultado de la evaluación inicial del paciente, sus controles y el seguimiento hasta su egreso de PQT.

Este registro debe diligenciarse para el seguimiento a toda persona diagnosticada con lepra que ingrese a tratamiento. Permanecerá en la oficina del programa de la IPS.

El diligenciamiento de este registro es responsabilidad del personal de salud que administra el medicamento.

Las tarjetas se archivan en un folder o carpeta y deben permanecer en el lugar donde el personal de salud hace las entrevistas y administra el tratamiento; deben ser actualizadas mes a mes conforme se entregue el blíster a cada paciente, una vez el paciente termine la PQT debe adjuntarse a la historia clínica del mismo.

Instrucciones para el diligenciamiento:

VARIABLE	OBSERVACIONES
IDENTIFICACION	
NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir este dato en la misma forma como aparece en el documento de identificación.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Escribir este dato en la misma forma como aparece en el documento de identificación sin puntos ni comas.
TELÉFONO	Escribir el número de teléfono completo del paciente sin puntos o guiones (fijo y celular)
DIRECCIÓN	Escribir el dato informado por la persona al momento de definirlo como paciente del programa de Lepra, el cual permita realizar el seguimiento e inducción de demanda.
MUNICIPIO	Escribir el nombre del municipio que maneja al paciente.
DEPARTAMENTO	Escribir el nombre del departamento en donde el paciente es tratado.
FECHA DE NACIMIENTO	Escribir este dato en la misma forma como aparece en el documento de identificación. con formato dd/mm/aaaa
IPS	Nombre de la IPS que diagnosticó el caso
SEXO	Marque con una X si el pacientes es: • M Masculino • F Femenino
ZONA	Marque con una X si el paciente pertenece a zona • Cabecera Municipal • Centro Poblado • Rural Disperso
OCUPACIÓN	Diligenciar el espacio colocando la actividad diaria del paciente o a lo que se dedica
NACIONALIDAD	Escribir el país de donde procede el paciente
REGIMEN DE AFILIACION	Corresponde al tipo de aseguramiento vigente para el usuario, marque con una x si el pacientes es: • P excepción • C contributivo • N No asegurado

VARIABLE	OBSERVACIONES
	• E régimen especial • S subsidiado
GRUPO POBLACIONAL	Marcar con una X si el pacientes es: • PERSONA CON DISCAPACIDAD • DESPLAZADO • MIGRANTE • CARCELARIO • GESTANTE • VICTIMA DE LA VIOLENCIA ARMADA • HABITANTE DE CALLE • POBLACION A CARGO DEL ICBF • MADRE COMUNITARIA • DESMOVILIZADO • CENTRO SIQUIATRICO • OTROS GRUPOS POBLACIONALES
PERTENENCIA ÉTNICA	Registrar el grupo al cual la persona se siente auto identificada, marque con una X si el pacientes es: • INDÍGENA • PALENQUERO • RAIZAL • NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO • ROOM (GITANO) • OTRO
INGRESO A LA POLIQUIMIOTERAPIA	
FECHA DE INSCRIPCIÓN	Día, mes y año de ingreso al programa de Lepra y a la PQT
CONDICIÓN DE INGRESO	Marque con una X según corresponda a: **Nuevo**: Caso confirmado de lepra, nunca antes tratado **Recibido:** Paciente proveniente de otra institución de salud **Recuperado**: Paciente que se había egresado como abandono y debe continuar PQT **Recidiva:** Paciente que recibió esquema completo de PQT según la guía de atención y fue egresado por mejoría o curación clínica y regresa con signos clínicos de lepra activa (presenta nuevas manchas, placas o nódulos cutáneos o una nueva lesión nerviosa).
CRITERIO DIAGNOSTICO	**Clínico:** No puede faltar en ningún caso, escribir la impresión diagnóstica del médico según corresponda LL, TT, LI **BK.-Índice bacilar:** Escribir el resultado de la baciloscopia de moco y linfa con Índice Bacilar (I.B.) **Biopsia:** Si la baciloscopia fue negativa (I.B.=0) la biopsia de piel es obligatoria. Escribir las iniciales del diagnóstico histopatológico así: • LL: Lepra Lepromatosa, • BL: Borderline Tuberculoide, • BB: Borderline Borderline, • BT: Borderline Tuberculoide, • TT: Tuberculoide • LI: indeterminada.
CLASIFICACIÓN	**P.B.: Paucibacilar.** Paciente con menos de 5 lesiones y/o baciloscopia de moco y linfa negativa (I.B.=0) al ingreso. **M.B.: Multibacilar**. Paciente con 5 o más lesiones y/o baciloscopia de moco y linfa positiva (I.B.>0) al ingreso.
FUENTE DE CONTAGIO	Si el paciente lo informa, escribir el parentesco o relación con la posible fuente de contagio.

VARIABLE	OBSERVACIONES
MÉTODO DE HALLAZGO	Examen de convivientes, consulta externa, consulta dermatológica, examen de colectividades, etc.
EXAMEN DE INGRESO	
PRIMEROS SÍNTOMAS	Cuales fueron y fecha de aparición en formato dd/mm/aaaa
LESIONES CUTÁNEAS	**Ubicación:** registre la localización corporal topográfica **Tipo:** máculas, placas, nódulos, infiltrados, etc. **Nº de lesiones cutáneas:** si es posible contarlas escribir el número, de lo contrario escribir > 5 **Sensibilidad:** A toda lesión de piel sospechosa de lepra se le debe explorar sensibilidad térmica, táctil y dolorosa, escribir hipoestesia o anestesia según el caso.
GRADO DE DISCAPACIDAD EN OJOS, MANOS Y PIES	En el esquema encierre en un círculo el grado encontrado frente a los respectivos segmentos corporales (ojos, manos, pies), derechos o izquierdos, según la clasificación O.M.S. así: **Grado 0**: Sin discapacidad **Grado 1**: Anestesia **Grado 2:** Lesión visible con o sin deformidad **Grado máximo:** Señale en la casilla correspondiente el grado máximo de discapacidad encontrado en cualquiera de los segmentos.
LESIONES DE TRONCOS NERVIOSOS	Para los troncos nerviosos que se afectan en lepra, incluidos en este cuadro, señale si hay engrosamiento y/o dolor, marcando con SI ö NO la casilla respectiva.
INVESTIGACIÓN A CONVIVIENTES	Escriba número de orden según inscripción, edad, sexo. Estado clínico: • Sano: no presenta signos sugestivos de lepra. • Sospechoso: presenta signos sugestivos de lepra. • Enfermo en tratamiento: si se trata de un paciente ya en tratamiento para lepra. • Diagnóstico confirmado: Si usted señaló un conviviente como sospechoso debe orientarlo a la IPS correspondiente para definir el caso. Escriba en esta casilla el resultado de esta actividad. diagnóstico confirmado "si" o "no". CICATRIZ B.C.G: a todo conviviente se le debe buscar. Si tiene cicatriz, marque "si"; de lo contrario marque "no". APLICACIÓN B.C.G.: señale si se cumplió o no esta actividad de protección específica obligatoria para todo conviviente, no importa la edad. REFUERZO B.C.G. si no hay cicatriz B.C.G. previa se debe aplicar un refuerzo de B.C.G. seis meses después de la primera dosis.
REMISIONES	Escribir en la casilla correspondiente la fecha (dd/mm/aa) de las remisiones del paciente para atención especializada.
ACTIVIDADES EDUCATIVAS	Señale en la respectiva casilla la fecha en formato dd/mm/aaaa de la actividad educativas realizada tanto al paciente como al grupo familiar.
TRATAMIENTO DE REACCIONES	Si se tomó biopsia para confirmar y clasificar el tipo de reacción, escribir la fecha y el resultado. NEURITIS (TIPO 1) Escribir en la casilla correspondiente el manejo terapéutico que se dio al paciente según las posibles opciones y la fecha en formato dd/mm/aa. E.N.L. (ERITEMA NODOSO LEPROSO) (TIPO 2) Escribir en la casilla correspondiente el manejo terapéutico que se dio al paciente según las posibles opciones y la fecha en formato dd/mm/aa.
TRATAMIENTO DE OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS	Los episodios reaccionales pueden ser coadyuvados por otras patologías asociadas. Señale en este cuadro si se han atendido y la fecha respectiva.
EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	Si es un caso MB se debe evaluar el curso de la discapacidad cada 6 meses. Si es un caso PB no escribir nada en este cuadro

VARIABLE	OBSERVACIONES
CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO PQT	Escribir el año en que el paciente inicia la PQT. En la casilla del mes de inicio escribir la fecha de entrega de la PQT supervisada y así sucesivamente cada mes cuando el paciente acuda a recibir la medicación supervisada y a retirar la auto administrada. Para PB debe recibir 6 dosis de PQT máximo en 9 meses. Para MB debe recibir 12 dosis de PQT máximo en 18 meses. Si no se cumple esta relación mínima (regularidad del 66.7%) se deberá prolongar la PQT hasta alcanzar dicha proporción. Para calcular esta proporción, en la casilla de la derecha escribir: Nº de dosis/Nº meses de tratamiento. Cuando el paciente ha recibido el Nº de dosis de PQT en el plazo máximo estipulado, puede egresar por tratamiento completado.
RESULTADO DE BÚSQUEDA EN CASO DE INASISTENCIA A LA PQT	Cuando un paciente falta 1 mes o más a recibir su PQT en la IPS, deben realizarse las actividades necesarias para que continúe su tratamiento. En este cuadro escribir la fecha en que se cumplen las visitas domiciliarias de búsqueda y el resultado de las mismas, así: **Recuperado:** Paciente que se localiza y compromete para continuar la PQT **Fallecido:** No se encontró el paciente ni quien diera información **No localizado:** Paciente que no pudo ser encontrado en la visita. **Cambio de residencia:** En lo posible averigüe la nueva dirección para enviar la información del caso a la Dirección de Salud o instituciones del área de la nueva residencia. **Renuente:** Paciente que se niega a retornar al tratamiento. Si es posible en la casilla de comentarios registre este hecho y pida la firma del paciente o un familiar o testigo. Si transcurre 1 año y el paciente no ha reiniciado la PQT a pesar de haber realizado las actividades de búsqueda, puede ser egresado como abandono.
RESULTADO DE LA PQT	Escribir la fecha de egreso en formato dd/mm/aaaa Escribir el resultado de la baciloscopia de egreso, con I.B. Nota: Según OMS/OPS si el paciente recibió el Nº de dosis de PQT dentro del plazo estipulado, el resultado de la baciloscopia no debe ser tenido en cuenta para dar por completado el tratamiento. Registrar: • **TRATAMIENTO FINALIZADO**: paciente que termina su esquema completo de PQT, lo ideal es que para pacientes con lepra MB sean 12 blísteres en máximo 18 meses; y para pacientes con lepra PB sean 6 blísteres en máximo 9 meses. • **FALLECIDO:** que muere durante el tratamiento de la PQT • **ABANDONO**: Se considera abandono a un paciente que no completa su tratamiento en el periodo máximo establecido. Cuando un paciente de **PB** falle durante **más de tres meses** en el tratamiento o uno de **MB** durante **más de seis meses**, no es posible completar exitosamente el tratamiento en el tiempo máximo establecido y debe declarárseles como abandono. • **REMITIDO:** Escribir datos completos de la IPS, Municipio y Departamento al cual se hizo traslado del paciente
GRADO DE DISCAPACIDAD AL EGRESO	Reevaluar a los 6 y 12 meses el grado de discapacidad del paciente, escribir la fecha en formato dd/mm/aaaa de evaluación.
COMENTARIOS	Escribir los aspectos relevantes durante el tratamiento