

Pablo Antonio Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3 fracciones II y XVII, 13, Apartado A, fracción I, 133 fracción I, 134 fracción IX, y 140 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III, VII y XI, 41, 43, 46, 47, fracción I, y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28, y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8, fracciones V y XVI, 10 fracciones VIII, XII y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación del siguiente:

PROYECTO DE MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-027-SSA2-2007, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPROA, PARA QUEDAR COMO NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-027-SSA2-2016, PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA LEPROA.

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron las siguientes instituciones, dependencias y organismos:

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección General Adjunta de Epidemiología

Dirección General Adjunta de Programas Preventivos

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez"

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra"

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de La Pascua"

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad

Secretaría de Marina

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Primaria a la Salud

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Unidad IMSS-Prospera

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores Del Estado

Dirección Médica

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Politécnico Nacional

Escuela Superior de Medicina

Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Petróleos Mexicanos

Subdirección de Servicios de Salud

Gerencia de Servicios Médicos

Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra, A. C.

Asociación Lazarena de México A.C.

Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C.

ÍNDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones
4. Símbolos y Abreviaturas
5. Clasificación
6. Especificaciones
7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
8. Bibliografía
9. Vigilancia de la Norma
10. Vigencia de la Norma

0. Introducción

La lepra es un problema de salud pública en muchas regiones del mundo y lo sigue siendo en algunas zonas geográficas de México, no sólo por el número de casos sino también por su carácter discapacitante y el prejuicio que existe en la población.

Desde 1990, la poliquimioterapia ha sido la estrategia básica para la eliminación de la lepra como problema de salud pública, lo que ha modificado la situación epidemiológica de este padecimiento, logrando que en 1994 México cumpliera la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud de tener menos de un caso por cada 10,000 habitantes.

A medida que en cada entidad federativa se alcanzó la meta de eliminación de la lepra, las acciones de la estrategia de poliquimioterapia, han continuado con el fin de consolidarlas y evitar en lo posible una reemergencia de esta enfermedad.

Debido a lo anterior, se replantea la meta orientada a focalizar y establecer, de acuerdo con su situación epidemiológica, la prioridad por regiones para realizar acciones específicas encaminadas a lograr áreas libres de lepra.

1. Objetivo y campo de aplicación

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

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de prevención, control y eliminación de la lepra.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

- 2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
- 2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
- 2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.
- 2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia Epidemiológica.
- 2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

- 3.1 **Abandono del tratamiento**, a la interrupción del esquema de PQT en caso multibacilar por más de 6 meses consecutivos o en el caso del paucibacilar 3 meses consecutivos.
- 3.2 **Área libre de lepra**, a la entidad o municipio, en la que se demuestra que en 5 años consecutivos se han realizado acciones de vigilancia epidemiológica y no se han reportado casos nuevos.
- 3.3 **Baciloscopia negativa**, a la ausencia de bacilos ácido alcohol resistentes en la lectura de 100 campos de un frotis.
- 3.4 **Baciloscopia positiva**, a la demostración de uno o más bacilos ácido alcohol resistentes en la lectura de 100 campos de un frotis.
- 3.5 **Caso confirmado**, al caso probable que presenta baciloscopia positiva y si ésta fuera negativa, con evidencia epidemiológica o resultado histopatológico sea o no compatible con lepra.
- 3.6 **Caso curado**, a la persona que concluyó tratamiento y en la que desaparecen o disminuyen los signos clínicos, sin presencia de nuevas lesiones o manifestaciones de la enfermedad. En casos multibacilares se requiere baciloscopia negativa o en su caso positiva con índice morfológico que indique que no hay bacilos viables. La persona pasará a vigilancia postratamiento.
- 3.7 **Caso de lepra multibacilar**, para fines de tratamiento, toda persona que presenta:
 - 3.7.1 baciloscopia o histopatología positiva,
 - 3.7.2 en caso de ser negativas, presenta signos y síntomas compatibles con la enfermedad,
 - 3.7.3 todos los casos clasificados como, lepra tipo lepromatosa o dimorfa.
- 3.8 **Caso de lepra paucibacilar**, para fines de tratamiento, toda persona que presenta:
 - 3.8.1 baciloscopia e histopatología negativas,
 - 3.8.2 signos y síntomas compatibles con esta,
 - 3.8.3 todos los casos clasificados como lepra tipo tuberculoide o indeterminada.
- 3.9 **Caso en tratamiento**, al caso confirmado que recibe PQT.
- 3.10 **Caso nuevo**, a la persona en quien se establece el diagnóstico de lepra por primera vez, independientemente del momento de la notificación.
- 3.11 **Caso perdido**, a la persona que abandonó el tratamiento, una vez que se hayan realizado al menos 3 visitas documentadas en el transcurso de 12 meses, sin obtenerse datos precisos de su ubicación.

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

3.13 Comunicación educativa, al proceso que utiliza el personal de salud, en el que se produce un intercambio modificador para los involucrados, y que se basa en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, evitando estereotipos, con el fin de reforzar los conocimientos relativos a la salud y la promoción de conductas saludables en la población.

3.14 Contacto de lepra, a toda persona que convive o ha convivido con un caso confirmado.

3.15 Criterio epidemiológico, cuando existe asociación de un caso confirmado con otros casos confirmados o con un área endémica de lepra.

3.16 Discapacidad por lepra, a la deficiencia en la función de ojos, manos y pies ocasionadas por *Mycobacterium leprae*.

3.17 Dosis autoadministrada, a los fármacos de la PQT que la persona enferma toma diariamente sin supervisión del personal de salud.

3.18 Dosis supervisada, a los fármacos de la PQT que toma la persona enferma en presencia del personal de salud para confirmar su ingesta.

3.19 Educación para la salud,

3.19.1 Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

3.19.2 Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

3.19.3 Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

3.20 Eliminación de la lepra, a la disminución de la prevalencia a menos de un caso por 10,000 habitantes.

3.21 Estado reaccional, al conjunto de signos y síntomas de evolución aguda, que pueden presentarse, antes, durante o después del tratamiento en algunos casos, se clasifican en reacciones tipo 1 y 2.

3.22 Fracaso al retratamiento, al caso confirmado que habiendo cumplido un retratamiento, presenta cualquiera de las siguientes características:

3.22.1 sin mejoría clínica,

3.22.2 presenta nuevas lesiones o,

3.22.3 baciloscopia con índice morfológico o bacteriológico igual o mayor al inicial.

3.23 Fracaso al tratamiento, al caso confirmado que habiendo cumplido un esquema de tratamiento, presenta cualquiera de las siguientes características:

3.23.1 sin mejoría clínica,

3.23.2 presenta nuevas lesiones o,

3.23.3 baciloscopia con índice morfológico o bacteriológico igual o mayor comparada con la inicial.

3.24 Grado de discapacidad por lepra, al nivel de afección o pérdida en la funcionalidad de ojos, manos o pies, ocasionado por *Mycobacterium leprae*.

3.25 Índice bacteriológico, a la cuantificación de bacilos en la lectura de 100 campos de un frotis, sin importar si son sólidos, fragmentados o granulados, expresada con el número de cruces (+) de 1 a 6 o negativo.

3.26 Índice morfológico, a la relación porcentual de bacilos uniformemente coloreados, entre los observados en un frotis.

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

3.28 Lepra grupo dimorfo, a la persona que presenta lesiones histológicas de los 2 tipos existentes y clínicamente semejante al tuberculoide, con o sin manifestaciones neurológicas; con o sin escasos bacilos, corresponden al *borderline* o limítrofe de la CIE-10.

3.29 Lepra grupo indeterminado, a la persona que presenta manifestaciones cutáneas y neurológicas; con o sin escasos bacilos aislados.

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

3.31 Lepra tipo tuberculoide, al caso con lesiones localizadas, regresivas, que afecta únicamente la piel y los nervios periféricos, sin bacilos demostrables.

3.32 Mercadotecnia social, es la aplicación de las tecnologías de la mercadotecnia comercial para el análisis, planeación, ejecución y evaluación de los programas diseñados para influenciar el comportamiento voluntario de la audiencia meta tratando de mejorar su bienestar personal y el de su comunidad.

3.33 Persistencia de lesiones, a la presencia de lesiones dermatológicas de lepra al concluir el esquema de tratamiento con PQT.

3.34 Poliquimioterapia (PQT), a la combinación de 2 o más fármacos para el tratamiento de la lepra.

3.35 Promoción de la salud, al proceso tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

3.36 Reacción tipo 1, al estado reaccional que se presenta en el grupo dimorfo debido a la inestabilidad de la inmunidad celular, si aumenta va al polo tuberculoide (reacción de reversa, consiste en la agudización de las lesiones); si disminuye, progresa al polo lepromatoso (reacción de degradación, consiste en la agudización y aparición de nuevas lesiones).

3.37 Reacción tipo 2 (reacción leprosa), a la que se presenta en las personas con lepra lepromatosa, debido al aumento de la respuesta inmune y se manifiesta clínicamente como eritema nudoso, eritema polimorfo y eritema necrosante.

3.38 Recaída, a la presencia de signos y síntomas o baciloscopia positiva después de que se concluyó la vigilancia postratamiento y se descartó un estado reaccional.

3.39 Recidiva, a la reaparición de signos y síntomas de lepra o evidencia de bacilos, durante la vigilancia postratamiento.

3.40 Rehabilitación, al conjunto de procedimientos de atención médica encaminados a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades de la vida diaria.

3.41 Reingreso a tratamiento, al caso de lepra que reinicia esquema por abandono, recidiva o recaída.

3.42 Retratamiento, al tratamiento con medicamentos de primera línea que se instituye a la persona enferma con fracaso.

3.43 Tratamiento de segunda línea, al esquema de PQT que se le indica a personas con lepra que presentan fracaso al retratamiento.

3.44 Tratamiento exitoso, a la persona que ingresó a tratamiento de lepra y concluyó el esquema multibacilar en no más de 18 meses o el paucibacilar en no más de 9 meses, con mejoría clínica y bacteriológica.

3.45 Trastorno de la sensibilidad, a la percepción anormal del estímulo del tacto, dolor o temperatura, que puede ser hipoestesia, anestesia o disestesia.

3.46 Vigilancia postratamiento, al seguimiento que se realiza a personas con tratamiento terminado y son consideradas como curadas, en el caso de personas con esquema de tratamiento paucibacilar por 2 años y en las personas con tratamiento multibacilar por 5 años.

4. Símbolos y Abreviaturas

Para efectos de esta Norma, se utilizarán las abreviaturas siguientes:

4.1	A.C.	Asociación Civil
4.2	BB	Borderline o Dimorfo Dimorfo
4.3	BL	Borderline Lepromatosa o Dimorfa Lepromatosa
4.4	BT	Borderline Tuberculoide o Dimorfa Tuberculoide
4.5	CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión.
4.6	Dr	Doctor
4.7	I	Indeterminada
4.8	IB	Índice bacteriológico
4.9	IM	Índice morfológico
4.10	kg	Kilogramos
4.11	LL	Lepra Lepromatosa
4.12	LLd	Lepra Lepromatosa Difusa
4.13	LLn	Lepra Lepromatosa Nodular
4.14	MB	Multibacilar
4.15	mg	Miligramos
4.16	OMS	Organización Mundial de la Salud
4.17	OPS	Organización Panamericana de la Salud
4.18	PB	Paucibacilar
4.19	SINAVE	Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
4.20	TT	Tuberculoide Fija
4.21	TR	Tuberculoide Reaccional

5. Clasificación

5.1 CIE-10

5.1.1 De conformidad con la CIE-10, para fines de registro, en los sistemas nacionales de información, la lepra se codifica de la manera siguiente:

A30 Lepra (enfermedad de Hansen)

A30.0 Lepra indeterminada

Lepra I

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

5.1.2 Criterio para seleccionar el tratamiento

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

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

5.2 Clasificación nacional

5.2.1 Criterio clínico:

5.2.1.1 Lepra tipo lepromatosa, incluye A30.5

5.2.1.1.1 Lepromatosa nodular (LLn)

5.2.1.1.2 Lepromatosa difusa (LLd)

5.2.1.2 Lepra tipo tuberculoide, incluye A30.1

5.2.1.2.1 Tuberculoide fija (TT)

5.2.1.2.2 Tuberculoide reaccional (TR)

5.2.1.3 Lepra grupo indeterminado A30.0

5.2.1.4 Lepra grupo dimorfo, incluye

5.2.1.4.1 Caso dimorfo tuberculoide (BT) A30.2

5.2.1.4.2 Caso dimorfo dimorfo (BB) A30.3

5.2.1.4.3 Caso dimorfo lepromatosa (BL) A30.4

6. Especificaciones

Las actividades a desarrollar por el personal de salud, en materia de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento, rehabilitación y de vigilancia epidemiológica se detallan a continuación.

6.1 Actividades de promoción de la salud.

La promoción de la salud debe llevarse a cabo mediante la integración de las funciones, que se cumplen a través de brindar un servicio integrado, que comprende el manejo de riesgos personales, el desarrollo de competencias, la participación para la acción comunitaria, entornos favorables, la mercadotecnia social, abogacía y evidencia en salud.

6.1.1 Educación para la salud.

6.1.1.1 Desarrollar acciones que promuevan actitudes y aptitudes que mejoren la salud individual, familiar y colectiva, como talleres de capacitación sobre el cuidado de la salud personal, familiar y del entorno.

6.1.1.2 Promover en la población el desarrollo del ambiente familiar y comunitario saludable por medio de la realización de actividades de promoción de la salud.

6.1.1.3 Informar y educar a la población para que identifique las manifestaciones iniciales de lepra y acuda a los establecimientos para la atención médica correspondiente, para recibir atención oportuna.

6.1.1.4 Informar y educar a la población sobre los cuidados que debe tener la persona enferma de lepra con su piel, ojos, manos y pies para prevenir una discapacidad.

6.1.1.5 Educar al paciente sobre la importancia de concluir el tratamiento, considerando lo establecido en la presente Norma, le sea prescrito por su médico tratante.

6.1.1.6 Educar e informar al paciente y sus contactos sobre la importancia de solicitar atención, para la mejoría de las condiciones de salud del enfermo y atender tempranamente a los contactos que presenten lesiones sugestivas de lepra.

6.1.2 Participación pública y social.

6.1.2.1 Promover la participación de las comunidades, de las autoridades de los distintos niveles de gobierno, así como de los establecimientos para la atención médica, de los sectores público, social y privado en acciones que favorezcan la promoción de la salud, la prevención y el seguimiento de las personas con diagnóstico de lepra.

6.1.2.2 Promover la participación de asociaciones, comités de salud, juntas de vecinos o asambleas comunitarias para que participen activamente en acciones de planeación, gestión y desarrollo de un plan de trabajo para mejorar la salud comunitaria y coordinar sus acciones con los servicios de salud.

6.1.2.3 Promover la participación de agrupaciones de profesionales expertos en lepra, para que proporcionen información pertinente y verídica sobre el tema a la población en general.

6.1.2.4 Gestionar apoyos diversos de organizaciones públicas y privadas para que participen en la rehabilitación de las personas con lepra que presentan discapacidad.

6.1.3 Comunicación educativa.

6.1.3.1 Desarrollar campañas educativas por diversos medios de comunicación, para que se incorporen acciones de comunicación masiva, grupal e interpersonal que permitan eliminar el prejuicio que la población tiene sobre las personas con diagnóstico de lepra.

6.1.3.2 Promover entre los comunicadores la importancia de difundir información veraz a la población sobre la identificación y tratamiento oportuno de la lepra.

6.2 Actividades de control.

El control de la lepra debe incluir: identificación y diagnóstico de casos, tratamiento, supervisión, evaluación del tratamiento y vigilancia postratamiento. Las actividades se deberán registrar en los formularios que se establecen en el Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra. Disponible en:

<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/manualprocedimientoslepra.pdf>

6.2.1 Identificación del caso.

6.2.1.1 Debe realizarse mediante búsqueda entre las personas que acudan a los establecimientos para la atención médica, contactos y la población donde existen o han existido casos de lepra.

6.2.1.2 Se sospechará la presencia de lepra ante al menos una de las siguientes manifestaciones:

6.2.1.2.1 Lesiones dermatológicas única o múltiples como:

6.2.1.2.1.1 Mancha hipopigmentada, rojiza o cobriza,

6.2.1.2.1.2 Nódulos,

6.2.1.2.1.3 Placas infiltradas, o

6.2.1.2.1.4 Infiltración difusa.

6.2.1.2.2 Lesiones neurológicas como:

6.2.1.2.2.1 Engrosamiento de troncos nerviosos periféricos,

6.2.1.2.2.2 Alteraciones en la sensibilidad (hiperestesia, hipoestesia o anestesia), o

6.2.1.2.2.3 Alteraciones motoras (pérdida de la fuerza o parálisis).

6.2.2 Diagnóstico del caso.

Para el diagnóstico de la lepra, se deben realizar los siguientes estudios: clínico, baciloscópico, histopatológico y epidemiológico.

Cuadro 1
Diagnóstico de la Lepra

CARACTERÍSTICAS	GRUPO INDETERMINADO	TIPO TUBERCULOIDE	GRUPO DIMORFO	TIPO LEPROMATOSO
Evolución	Fase temprana de la enfermedad. Si no se trata, evoluciona a los tipos lepromatoso o tuberculoide.	Regresiva.	Forma inestable, evoluciona a los tipos lepromatoso o tuberculoide.	Progresiva.
Lesiones cutáneas	Manchas hipopigmentadas, anhidróticas con trastorno de la sensibilidad.	Placas infiltradas, eritematosas, asimétricas de bordes definidos y siempre anestésicas.	Placas infiltradas eritematosas, cobrizas, con borde externo mal definido.	Nódulos, placas infiltradas, infiltración difusa o elementos circunscritos.
Alopecia	En las manchas.	No hay.	Puede existir en las lesiones.	Cejas, pestañas y vello corporal.
Lesiones mucosas	No hay.	No hay.	Puede haber congestión nasal transitoria.	Rinitis, ulceración y perforación del tabique nasal (porción cartilaginosa).
Alteraciones neuríticas	Trastorno de la sensibilidad en las manchas y/o retracciones musculares.	Neuritis asimétrica retracciones musculares.	Neuritis, puede haber o no trastorno de la sensibilidad en las placas.	Neuritis simétrica, trastornos de la sensibilidad y motores.

Lesiones oculares	No hay	Pueden existir consecutivas a lagofthalmos por parálisis muscular.	Puede haber afección conjuntival.	Puede haber nódulos en la córnea, iritis, iridociclitis, queratitis punteada.
Estados reaccionales	No hay.	Reacción tipo 1*	Reacción tipo 1 o 2	Reacción tipo 2**
Baciloscopía	Sin o con escasos bacilos.	Negativa Paucibacilar (PB).	Positiva Multibacilar (BB y BL), o negativa Paucibacilar (BT).	Positiva Multibacilar (MB).
Histopatología	Infiltrado inflamatorio inespecífico (sin o con bacilos escasos aislados).	Granuloma tuberculoide (células epitelioides y gigantes tipo Langhans sin bacilos).	Estructura mixta células de Virchow y tipo Langhans.	Granuloma lepromatoso (Células de Virchow con bacilos).
Epidemiológicas	Antecedente de vivir o haber vivido con una persona enferma de lepra o en una área endémica.			

*Definición incluida en el punto 6.2.3.2.1. de esta Norma.

**Definición incluida en el punto 6.2.3.2.2. de esta Norma.

6.2.2.1 El estudio clínico se debe realizar con historia clínica, así como con exploración física completa con énfasis en la metodología dermatológica y neurológica.

6.2.2.2 La baciloscopia se debe realizar en todos los casos que se estudien por primera vez y consiste en obtener el frotis del lóbulo de la oreja y de una lesión cutánea; cuando se considere necesario y las condiciones lo permitan (no exista daño) en la mucosa nasal.

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

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

6.2.2.4 Estudio epidemiológico, para identificar la asociación del paciente con otras personas con diagnóstico de lepra existentes en la comunidad o en un área endémica.

6.2.2.5 Evaluación de discapacidades, desde la primera entrevista y cada 6 meses, o antes si es necesario, hasta concluir la vigilancia postratamiento, se debe evaluar en cada paciente el grado de discapacidad, para adecuar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

6.2.2.6 Las discapacidades por lepra en ojos, manos y pies se califican por grados, de acuerdo con los siguientes criterios:

6.2.2.6.1 Grado 0: No hay discapacidad.

6.2.2.6.2 Grado 1: Hay trastornos de la sensibilidad, sin alteración visible en las estructuras; la función visual no está gravemente afectada.

6.2.2.6.3 Grado 2: Hay deficiencias en la función y estructura neuromusculoesquelética o deficiencia grave en la función visual y del globo ocular.

El grado más alto que resulte de la evaluación será considerado como la discapacidad general de la persona con diagnóstico de lepra.

6.2.3 Tratamiento de la lepra, de los estados reaccionales y de las discapacidades.

6.2.3.1 Tratamiento de la lepra.

6.2.3.1.1 Los fármacos que se deben utilizar en el tratamiento de la lepra se denominan de primera línea y son rifampicina, clofazimina y dapsona. La PQT debe prescribirse por profesionales de la salud que se encuentren capacitados para ello, conforme a su formación médica, o en su caso, por la Secretaría de Salud o por el Programa Nacional de Eliminación de la Lepra.

6.2.3.1.2 Los fármacos que se deben utilizar en los casos con persistencia de lesiones después del retratamiento para lepra se denominan de segunda línea y son ofloxacina o minociclina. Los prescribe el personal de salud debidamente capacitado por su formación académica, por la Secretaría de Salud o por el Programa Nacional de Eliminación de la Lepra.

6.2.3.1.3 El esquema de tratamiento regular de las personas con lepra multibacilar, comprende como mínimo 12 dosis supervisadas cada 28 días de rifampicina, clofazimina y dapsona, y 324 dosis autoadministradas, una cada día de clofazimina y dapsona, de acuerdo a las especificaciones del cuadro 2, de esta Norma. Al concluir los 12 blíster de tratamiento (o más según el caso), las personas deben ser evaluadas conforme a lo señalado en el punto 6.2.4.2 de esta Norma.

**Cuadro 2
Tratamiento Multibacilar**

MEDICAMENTO	Grupos de edad			CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO
	Menor de 10 años de edad o menos de 30 kg de peso	De 10 a 15 años de edad	Mayores de 15 años	
Dosis supervisada ^(a) :				
Rifampicina ^(b)	25 a 30 mg/kg	450 mg	600 mg	Hepatopatía Daño renal Anemia severa Hemólisis Metahemoglobinemia
Clofazimina	1 mg/kg/día	150 mg	300 mg	
Dapsona	1 a 2 mg/kg/día	50 mg	100 mg	
Dosis diaria autoadministrada:				
Dapsona	1 a 2 mg/kg/día	50 mg	100 mg	
Clofazimina	1 mg/kg/día ^(c)	50 mg ^(d)	50 mg	

a) Cada 28 días

b) En caso de hepatopatía se utilizará clofazimina y dapsona.

c) 2 o 3 veces por semana.

d) Cada tercer día.

6.2.3.1.4 El esquema de tratamiento para las personas con lepra paucibacilar, comprende como mínimo 6 dosis supervisadas cada 28 días, de rifampicina y dapsona, y 162 dosis autoadministradas, una cada día como se muestra en el cuadro 3, de esta Norma.

**Cuadro 3
Tratamiento Paucibacilar**

MEDICAMENTO	Grupos de edad			CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO
	Menor de 10 años de edad o menos de 30 kg de peso	De 10 a 15 años de edad	Mayores de 15 años	
Dosis supervisada: (una cada 28 días, mínimo 6)				Hepatopatía

Rifampicina ^(a)	25 a 30 mg/kg	450 mg	600 mg	Daño renal Anemia severa Hemólisis Metahemoglobinemia
Dapsona	1 a 2 mg/kg/día	50 mg	100 mg	
Dosis diaria autoadministrada: (mínimo 162 dosis diarias)				
Dapsona	1 a 2 mg/kg/día	50 mg	100	

a) En caso de hepatopatía se utilizará clofazimina y dapsona.

6.2.3.1.5 En casos con manifestaciones neurológicas, para evitar que éstas empeoren, se debe administrar simultáneamente con la PQT, prednisona a dosis antiinflamatoria (0.5 mg/kg día) hasta controlar el estado agudo de la neuritis reaccional, bajo estricto control médico.

6.2.3.1.6 El tratamiento con medicamentos de segunda línea para las personas con fracaso al retratamiento, comprende los fármacos y dosis que se describen en los esquemas de tratamiento descritos en el cuadro 4, de esta Norma.

Cuadro 4
Tratamiento de Segunda Línea

MEDICAMENTO	DOSIS DIARIA	DURACIÓN
Ofloxacina ⁽¹⁾	400 mg	Primeros 4 meses
Clofazimina	50 mg	
Dapsona	100 mg	
Clofazimina	50 mg	20 meses
Dapsona	100 mg	

(1) En personas con reacciones adversas o intolerancia, se sustituye por Minociclina a dosis de 100 mg diarios.

6.2.3.2 Tratamiento del estado reaccional. Los estados reaccionales pueden presentarse en cualquier fase de la evolución de la enfermedad (antes, durante o después del tratamiento), y deben recibir atención inmediata.

6.2.3.2.1 La reacción tipo 1, cuando es de reversa, se presenta en los primeros meses de terapia en los casos BT, consiste en una agudización de las lesiones preexistentes y neuropatía. La reacción de degradación ocurre en los casos BL no tratados o en los que ha interrumpido el tratamiento. En ellos las lesiones empeoran y pueden aparecer nuevas lesiones, con aspecto menos tuberculoides.

6.2.3.2.2 La reacción tipo 2 se presenta en los casos lepromatosos y se caracteriza por periodos agudos denominados reacción leprosa, manifestados por síndrome febril, cefalea, malestar general, artralgias y neuritis de varios nervios, todo este cuadro acompañado por alguno de los 3 síndromes cutáneos: eritema nudoso, eritema polimorfo o eritema necrosante (fenómeno de Lucio).

6.2.3.2.3 Cuando se decida prescribir Talidomida para el tratamiento del estado reaccional, en ambos sexos, se deberá obtener la carta de consentimiento informado del paciente la cual deberá constar en su expediente clínico.

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

6.2.3.2.4.1 Descartar la ingesta de alimentos y medicamentos que contengan yodo o bromo y la presencia de focos infecciosos agregados, dar tratamiento con antibióticos y sintomáticos e iniciar o continuar PQT.

6.2.3.2.4.2 Si no ha recibido PQT, iniciarla y dar tratamiento para la reacción.

6.2.3.2.4.3 Si está en tratamiento con PQT, debe continuarlo y dar tratamiento para la reacción.

6.2.3.2.4.4 Si concluyó PQT con curación clínica y bacteriológica, dar tratamiento para la reacción y valorar si requiere reinicio de tratamiento.

6.2.3.2.4.5 El tratamiento debe ser de acuerdo al tipo de reacción y de forma inmediata, y

6.2.3.2.4.6 Si la reacción no cede al tratamiento, el paciente debe ser valorado por un médico especialista.

6.2.3.2.5 El tratamiento para la reacción de reversa o de degradación debe atenderse como se indica en el Cuadro 5, de esta Norma.

**Cuadro 5
Tratamiento del Estado Reaccional Tipo 1**

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

6.2.3.2.6 El esquema de tratamiento para la reacción tipo 2, se indica en el Cuadro 6, de esta Norma.

**Cuadro 6
Tratamiento del Estado Reaccional Tipo 2**

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

* En menores de 15 años de edad, se administra la mitad de la dosis.

6.2.3.2.7 En mujeres en edad fértil con estado reaccional, se debe descartar embarazo mediante prueba de laboratorio y llevar un control estricto con métodos anticonceptivos altamente efectivos acorde con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias, de esta Norma; o no usar talidomida.

6.2.3.2.8 No administrar talidomida en caso de sospecha de embarazo o durante el embarazo, por ser teratogénica.

6.2.3.2.9 Indicar a los hombres que toman talidomida, el uso de métodos anticonceptivos seguros para evitar el embarazo durante el tratamiento, ya que la talidomida se ha detectado en el semen.

6.2.3.2.10 En caso de reacción tipo 2 en embarazadas, la alternativa es usar clofazimina 200 mg diarios o pentoxifilina 800 mg diarios, hasta obtener mejoría.

6.2.3.3 Prevención y tratamiento de discapacidad.

6.2.3.3.1 La prevención de discapacidad en las personas con lepra, se debe iniciar tan pronto se diagnostique el padecimiento.

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

6.2.3.3.2.1 Ingreso a PQT.

6.2.3.3.2.2 Educación para que demande oportunamente atención médica ante la presencia de reacciones tipos 1 o 2.

6.2.3.3.2.3 Tratamiento de los estados reaccionales.

6.2.3.3.2.4 Detección de lesiones en troncos nerviosos, y.

6.2.3.3.2.5 Educación y práctica para que realice medidas de autocuidado: masaje, lubricación, hidratación, protección de ojos, pies y manos.

6.2.3.3.3 Las actividades que se deben realizar para la rehabilitación de pacientes con lepra son:

6.2.3.3.3.1 Adaptar los aditamentos necesarios para mantener la actividad de los miembros afectados, y.

6.2.3.3.3.2 Referencia oportuna a otro nivel de atención.

6.2.4 Vigilancia y evaluación del tratamiento.

6.2.4.1 La vigilancia del tratamiento se debe efectuar como sigue:

6.2.4.1.1 En todas las personas en tratamiento, el personal de salud debe vigilar la ingesta de la dosis mensual supervisada hasta que complete el tratamiento; evaluar su estado general para identificar la regularidad del mismo, así como los efectos adversos a los fármacos y proporcionar los medicamentos que debe tomar en su domicilio.

6.2.4.2 La evaluación del tratamiento se debe realizar como sigue:

6.2.4.2.1 A las personas con tratamiento multibacilar se les debe realizar seguimiento cada 6 meses mediante examen clínico completo y determinación de IB e IM en baciloscopia durante el periodo de tratamiento. Si han tenido tratamiento supervisado regular y presentan ausencia de lesiones o mejoría clínica, con baciloscopia negativa, deben ser evaluados por personal de salud debidamente capacitado por su formación médica, por la Secretaria de Salud o por el Programa Nacional de Eliminación de la Lepra. Las personas con lesiones y baciloscopia positiva o negativa deberán continuar con el tratamiento por otros 12 blíster y serán evaluados de la misma forma.

6.2.4.2.2 A las personas con tratamiento paucibacilar se les realizará un examen clínico al final del mismo y se determinará su clasificación.

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

6.2.4.2.3.1 La evolución durante el tratamiento se debe calificar como:

6.2.4.2.3.1.1 Favorable cuando existe:

6.2.4.2.3.1.1.1 Regresión clínica de lesiones,

6.2.4.2.3.1.1.2 IM cero o en reducción, aun cuando en la baciloscopia persista positivo el IB, y

6.2.4.2.3.1.1.3 Mejoría general,

6.2.4.2.3.1.2 Desfavorable cuando:

6.2.4.2.3.1.2.1 Persisten las lesiones de lepra o aparecen nuevas, y

6.2.4.2.3.1.2.2 Persiste la baciloscopia con IM e IB igual o mayor que al momento del diagnóstico,

6.2.4.2.3.2 La evaluación al término del tratamiento debe considerar a la persona, como:

6.2.4.2.3.2.1 Curada (con o sin discapacidad), y/o

6.2.4.2.3.2.2 No curada (con o sin discapacidad).

6.2.5 Vigilancia postratamiento.

6.2.5.1 Las personas que hayan terminado su tratamiento y sean consideradas como curadas deben someterse a un proceso de seguimiento postratamiento semestral por 2 años en el caso paucibacilar y 5 años en el caso multibacilar.

6.2.5.2 La vigilancia postratamiento debe consistir en:

6.2.5.2.1 Examen clínico en las personas con esquema de tratamiento paucibacilar, y

6.2.5.2.2 Examen clínico y baciloscópico a las personas con esquema de tratamiento multibacilar. En ambos casos, se debe sensibilizar a los pacientes para que acudan a revisión 2 veces al año o antes si se identifican nuevos signos o síntomas de lepra.

6.2.5.3 Toda persona con recaída debe ingresar a tratamiento con los fármacos de primera línea.

6.2.5.4 Toda persona con recidiva que solamente haya tomado un esquema de tratamiento de primera línea, debe tomar un segundo esquema de tratamiento de primera línea.

6.2.5.5 Toda persona con recidiva que haya tomado dos esquemas de tratamiento de primera línea, debe ingresar a tratamiento con los fármacos de segunda línea.

6.2.5.6 Las personas con fracaso al retratamiento deberán ser tratadas con medicamentos de segunda línea.

6.2.5.7 Las personas que presenten algún efecto secundario por medicamentos de primera línea, deberán ser evaluadas para ser tratadas con medicamentos de segunda línea.

6.3 Actividades de vigilancia epidemiológica.

Las actividades de vigilancia epidemiológica, deben realizarse conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

6.3.1 La operación del subsistema de vigilancia epidemiológica de la lepra se sustenta en el Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra) de la Dirección General de Epidemiología, el cual debe contar con los elementos técnicos y metodológicos necesarios para orientar su aplicación en todos los niveles e instituciones del SINAVE.

6.3.2 Todo caso de lepra debe ser codificado de acuerdo a la CIE-10, del A30.0 al A30.9.

6.3.3 La notificación de casos de lepra debe ser semanal y mensual, en la cédula de registro- estudio epidemiológico establecida por la Dirección General de Epidemiología.

6.3.4 Los estudios de caso y de brote, con énfasis en la vigilancia de contactos, se realizarán conforme a lo definido en el Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra) de la Dirección General de Epidemiología.

6.3.5 Las áreas sin casos nuevos de lepra intensificarán la vigilancia epidemiológica durante 5 años, antes de ser consideradas como áreas libres de lepra como problema de salud pública.

6.3.6 Los estudios de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de casos de lepra, se deberán realizar en los laboratorios que designe cada institución o en la Red Nacional de Laboratorios de Lepra, conforme lo establece el Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra) de la Dirección General de Epidemiología.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta norma no es concordante con ninguna norma oficial mexicana y es parcialmente equivalente con los siguientes lineamientos y recomendaciones:

7.1 Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015. Emitido por la OMS/OPAS.

7.2 ILEP Guía de Aprendizaje uno: Cómo diagnosticar y tratar la lepra. International Federation of Anti-Leprosy Associations. 2002.

7.3 Resolución WHA44.9, de la 44ª Asamblea Mundial de la Salud.

8. Bibliografía

8.1 Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución A/RES/65/215 para la Eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares. Diciembre 2010. Consultada el 17 de julio de 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=24208&lang=es

8.2 Boletín de Epidemiología. No. 2 Vol. 32 Sem. 2, México. Secretaría de Salud, Enero 2015.

8.3 Carlijn G. N. Voorend, Erik B. Post. A Systematic Review on the Epidemiological Data of Erythema Nodosum Leprosum, a Type 2 Leprosy Reaction. PLOS Neglected Tropical Diseases. October. Volume 7, Issue 10, e2440, 2013.

8.4 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.

8.5 Cómo diagnosticar y tratar la lepra. Londres. Federación internacional de Asociaciones contra la Lepra. 2002.

8.6 Cómo reconocer y tratar las reacciones leprosas. Londres. Federación internacional de Asociaciones contra la Lepra. 2003.

8.7 Decreto Nº 3.125, De 07 De Octubre 2010. Oficina Del Ministerio De Salud De Brasil.

8.8 Elimination of Neglected Diseases and other poverty-related infections (CD49-09-e Resolution (49th Directing Council:PAHO), 2010

8.9 Estrategia Mundial Reforzada para continuar la reducción de la Carga de enfermedad debida a Lepra, 2011-2015-New-Delhi, 2009-GLP/WHO/ASIA

8.10 Funciones esenciales de la Salud Pública. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud. Agosto de 2005.

8.11 Gelber, R.H. Grosset, J. The chemotherapy of leprosy: An interpretive history. Lepr Rev 83, 221–240, 2012.

8.12 Gómez E. J. R. et al. Manual de Leprología. Editorial: Fontilles. 2013

8.13 Guidelines for Global Surveillance of Drug Resistance in Leprosy. World Health Organization 2009

8.14 Hernández, E. et al. Estudio de resistencia a la rifampicina y la dapsona en tres pacientes con recurrencia de lepra. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 23(2), 2008.

8.15 Kaimal S, Thappa DM. Relapse in leprosy. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2009;75:126-35.

8.16 Lactancia Materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos. México. Secretaría de Salud, 2013.

8.17 Lüllmann H; Mohr K y Hein L. Farmacología: texto y atlas. Editorial Médica Pánamericana. 6ta edición. Pag 304. Madrid, España. 2013

8.18 Maghanoy, A. et al. Relapse study in smear positive multibacillary (MB) leprosy after 1 year WHO-multi-drug therapy (MDT) in Cebu, Philippines. Lepr Rev 82, 65–69, 2011

8.19 Manual de Mercadotecnia Social en Salud. DGPS. Secretaría de Salud. México. 2010.

8.20 Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. México. Secretaría de Salud. 2000.

- 8.21 Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra. México. Secretaría de Salud, 2011.
- 8.22 Manual Práctico para MGI. Diagnóstico de Lepra. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". La Habana, Cuba. 2007.
- 8.23 Memorias de Reunión Realizada del 26 Al 30 de Agosto de 2013, Con Los Directores de Los Programas de Lepra de Los Países de La Región. Situación del Estado Actual, Avances Y Dificultades de Los Países Hacia El Logro de La Meta de Eliminación de La Lepra. Organización Mundial de La Salud.
- 8.24 Modelo operativo de promoción de la Salud. Versión 1.0. México. Dirección General de Promoción de la Salud. Secretaría de Salud, 2006.
- 8.25 OPAS/OMS-Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe (Plan-Regional-de-lepra-2012-2015).
- 8.26 Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción, OMS, Ginebra, 1995.
- 8.27 Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD49.R19 para la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Washington, DC., 2009. Consultada el 16 de Julio de 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14190&it emid=
- 8.28 Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. 2012
- 8.29 Resolución CD49.R19, Organización Panamericana de la Salud, octubre 2009 Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales, 2012-2015 64
- 8.30 Rodríguez, O. Lucha contra la lepra en México. Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.3 Mayo-Junio, 2003
- 8.31 Sánchez, S.L. medicamentos antiguos y vigentes en dermatología. Dermatología Peruana Vol. 18 (3), 2008.
- 8.32 Saúl A. Manifestaciones Aguda de la Lepra. Dermatología Rev. Mex. Vol. XXXIII, núm4 julio-agosto, 1989.
- 8.33 Training Manual for Medical Officer. National Leprosy Eradication Programme. Central Leprosy Division, Directorate General of Health Services Nirman Bhawan, New Delhi. 2013
- 8.34 West y Turner. Teoría de la comunicación. Análisis y aplicación. Ed. Mc Graw Hill. 2009.
- 8.35 WHO Expert Committee on Leprosy (WHO_TRS_968_eng2012- 1)
- 8.36 Williams D.L. et al. Drug Resistance in Patients With Leprosy in the United States, CID 2014:58 (1 January).
- 8.37 World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programmes. Report of a WHO Study Group. Technical report series, 675. Geneva, 1982. Consulted on July 16th 2012. Available at: whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_675.pdf
- 8.38 World Health Organization. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy. Plan period 2011-2015. Geneva, 2009. SEA-GLP-2009.3. Consulted on: July 16th 2012. Available at: http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/documents/enhanced_global_strategy_2011_2015_operational_guidelines.pdf

8.39 World Health Organization. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015). Operational Guidelines (updated). New Delhi, 2009. SEA-GLP-2009.4

8.40 World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities. Plan period 2006-2010. Geneva, 2005. WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53. Consulted on: July 16th 2012. Available at: <http://www.who.int/lep/resources/GlobalStrategy.pdf>

8.41 World Health Organization. Guidelines for strengthening participation of persons affected by leprosy in leprosy services. India. SEA-GLP-2011.2. 2011. Consultada el 17 de Julio de 2012. Disponible en:

http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/publications/guide_strengthening_participation_persons_affected_2011.pdf

8.42 World Health Organization. Leprosy Elimination Monitoring (LEM). Guidelines for monitors. Geneva. WHO/CDS/CPE/2000.17. 2000.

8.43 World Health Organization. Leprosy update, 2011. Weekly Epidemiological Record, 389- 400.

9. Vigilancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en su respectivo ámbito de su competencia.

10. Vigencia de la Norma

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

Ciudad de México a XX de MES de XXXX.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, Pablo Antonio Kuri Morales.