

Barranquilla, abril del 2026

Ingeniera.

ILMA CECILIA PRASCA AYA

Supervisora.

Secretaria Distrital de Salud.

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN VIRTUD DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No CD-11-2026-3900 DE APOYO A LA GESTION PARA ADELANTAR LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DENTRO DEL PROCESO DE FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA.

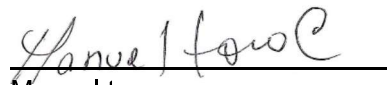
Período comprendido: del 30 de enero al 29 de febrero del 2026.

ACTIVIDADES REALIZADAS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1. Apoyar acciones de búsqueda activa comunitaria orientadas a la identificación temprana de casos sospechosos y probables de eventos de interés en salud pública, priorizando aquellos de mayor impacto distrital, mediante visitas domiciliarias, entrevistas comunitarias y articulación con la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (REVCOM).	Se realiza búsqueda activa comunitaria (BAC) en casos sospechosos de eventos de interés en salud Pública como: Sarampión, Tosferina, Parálisis flácida aguda, Tuberculosis; en los diferentes barrios del Distrito de Barranquilla: tuberculosis Cra 22 n° 117b-12 (la pradera) Calle 115 n° 26-80(olivos) Cra 1 a n° 48c-02(ciudadela 20 de julio) Lepra Cra 41d n° 78c-07(ciudad jardín)
2. Brindar acompañamiento en la detección, investigación y seguimiento de brotes o conglomerados a través de la búsqueda activa comunitaria, así como en la intensificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en puntos críticos del distrito, tales como mercado público, centros de reclusión, ancianatos y otros definidos, conforme a los lineamientos técnicos vigentes. 3. Apoyar a los Equipos de Reacción Inmediata (ERI) de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención	Brindar acompañamiento telefónico a pacientes diagnosticado con TB y LEPROA garantizando adherencia al tratamiento, educación en salud apoyo psicosocial con regularidad, coordinación, empatía y confiabilidad.

3. Apoyar a los Equipos de Reacción Inmediata (ERI) de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención oportuna de eventos, alertas y situaciones que requieran intervención inmediata	Se realiza apoyo y acompañamiento a la gestión de la Secretaría Distrital de Salud en los diferentes barrios para la articulación oportuna de eventos, alertas y situaciones que requieran intervención inmediata
4. Brindar apoyo en la identificación de población en condición de vulnerabilidad asociada a eventos de interés en salud pública y a factores de riesgo ambiental, con el fin de orientar, apoyar y canalizar oportunamente a los servicios de salud correspondientes, garantizando el acceso oportuno a la atención	Se educa durante la búsqueda activa comunitaria (BAC) a factores de riesgo ambiental, con el fin de orientar, apoyar y canalizar oportunamente en los diferentes barrios realizados La pradera Los olivos Ciudadela 20 de julio Ciudad jardín
5. Brindar acompañamiento como enlace entre la comunidad y la Secretaría Distrital de Salud, apoyando la gestión de promoción en la participación comunitaria y la autogestión en salud, así como el desarrollo de acciones educativas orientadas a la prevención de enfermedades transmisibles, la promoción de la vacunación, el control prenatal y demás intervenciones definidas en las estrategias distritales.	Realicé durante la búsqueda activa comunitaria (BAC) acciones educativas orientadas a la prevención de enfermedades transmisibles y situaciones de interés en salud pública, en los diferentes barrios del Distrito de Barranquilla como La pradera Los olivos. Ciudadela 20 de julio Ciudad jardín
6. Apoyar de manera oportuna, completa y con criterios de calidad todos los formatos, matrices, actas y demás instrumentos requeridos para evidenciar el trabajo en terreno y dar cuenta del cumplimiento de las actividades misionales de la Secretaría Distrital de Salud	asistencia a capacitación virtual, TEMA: diligenciamiento de los formatos, matrices, actas y demás requeridos para evidenciar la calidad del dato
7. Realizar las demás actividades que le sean asignadas en virtud de sus competencias, necesarias para el alcance de las metas de los proyectos, programas y el cumplimiento de los fines misionales de la Secretaría Distrital de Salud	Diligenciamiento de base de datos en Excel necesarias para el alcance de las metas de los proyectos, programas y el cumplimiento de los fines misionales de la Secretaría Distrital de Salud

--	--

ATENTAMENTE


Manuel toro


Vo.Bo. VANESSA GOMEZ



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M ☒ F ☐	1.2 Edad: 59 AÑOS	1.3 Nombre y apellidos: ALVARO FIGUEROA/VIDA	1.4 Tipo de documento de identidad: CC ☒ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐
1.5 Número de identificación: 18968705	1.6 Ocupación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1.7 Etnia: Indígena ☐ Afrocolombiano ☒ Raizal ☐ rom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo	
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☐ Primaria ☒ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐	1.9 Estado Civil: Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐ Otro ☐	1.10 Departamento/Distrito ATLANTICO	
1.11 Dirección de residencia: CA 22/177B12	1.12 Municipio Bogotá	1.13 Localidad/comuna/vereda: SUR OCCIDENTE	1.14 Barrio: LA PRADERA
1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☒ Rural ☐ Rural dispersa ☐	1.16 Tipo de vivienda: Casa ☒ Apartamento ☐ Albergue ☐ Centro Protección ☐ Ninguna ☐	1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☒ Desempleado ☐	1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐
1.19 Nombre de la EAPB: Caja copi	1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desplazado ☐ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☒ ¿Cuál? Independiente		
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☐ 2-3 ☒ 4-6 ☐ >6 ☐	1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento ☐ No ☒ Falta ventilación ☐ No ☒ Iluminación ☐ No ☒	1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☐ 1 ☐ 2-3 ☒ 4-6 ☐ >6 ☐	1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz ☒ agua ☒ alcantarillado ☒ gas ☒ internet ☒ televisión ☒ teléfono ☒ recolección de basuras ☒
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☐ < 1 SMLMV ☒ 2-3 SMLMV ☐ > 4 SMLMV ☐	1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ > 3 ☐	1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí ☐ No ☒	

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☒ Extrapulmonar ☐ Meningea ☐ Especifique la localización extrapulmonar: _____	2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☒ Recaída ☐ Fracaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí ☐ No ☐ Prueba Molecular: Sí ☐ No ☐ Baciloscopia: Sí ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Sí ☒ No ☐ Diagnóstico clínico: Sí ☐ No ☐	2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistente a: rifampicina ☐ isoniazida ☐ quinolonas ☐ aminoglucósidos ☐ Baciloscopia: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐
2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☐ TBMDR/RR ☐ TB Mono H ☐ TBXDR ☐	2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa)

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa) 24-02-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 24-02-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
--	--	---

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS									
4.1 Nombre y apellidos del caso índice: ALVARO RANGEL VIDEI	4.2 Tipo de documento de identidad: CC ☒ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUP ☐ Otro ☐	4.3 Número de identificación: 18068105	4.4 Dirección: Cm22/11812 B7A7U7C0	4.5 Departamento/Distrito: BARRANQUILLA	4.6 Municipio: BARRANQUILLA				
4.7 Nombre y apellidos del contacto	4.8 Tipo de contacto	4.9 Sexo	4.10 Fecha de nacimiento	4.11 Fecha de diagnóstico	4.12 Fecha de inicio de síntomas				
WENDY RAU6EL VIDEI	Familiar	F	30	1985/08/20	1985/08/20				
ISABEL ROLOVO RAU6EL	Familiar	F	1	1980/10/06	1980/10/06				
GABRIEL BARRAS PAVOTIN	Familiar	M	30	1982/05/22	1982/05/22				
GABRIEL BARRAS RANGEL	Familiar	M	10	1986/04/05	1986/04/05				

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M ☐ F ☒	1.2 Edad: 66 AÑOS	1.3 Nombre y apellidos: MATILDA CARREREO ECHN LOZANO	1.4 Tipo de documento de identidad: CC ☒ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐
1.5 Número de identificación: 32635044	1.6 Ocupación: AAA DE CASA	1.7 Etnia: Indígena ☐ Afrocolombiano ☒ Raizal ☐ rom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo	1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☒ Técnico ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐
1.9 Estado Civil: Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐ Otro ☐	1.10 Departamento/Distrito: ATCO-Bogotá	1.11 Dirección de residencia: CEN 7A4F48202 Bogotá	1.12 Municipio: METROPOLITANA
1.13 Localidad/comuna/vereda: CIUDAD DE LA	1.14 Barrio:	1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☒ Rural ☐ Rural dispersa ☐	1.16 Tipo de vivienda: Casa ☒ Apartamento ☐ Albergue ☐ Centro Protección ☐ Ninguna ☐
1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☐ Desempleado ☒	1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐	1.19 Nombre de la EAPB: MUTUAL SER	1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desplazado ☐ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☒ ¿Cuál? Desempleado
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☐ 2-3 ☒ 4-6 ☐ >6 ☐	1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento ☐ No ☒ Falta ventilación ☐ No ☒ Iluminación ☐ No ☒	1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☒ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐	1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz ☒ agua ☒ alcantarillado ☒ gas ☒ internet ☒ televisión ☒ teléfono ☒ recolección de basuras ☒
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☐ < 1 SMLMV ☐ 2-3 SMLMV ☐ >4 SMLMV ☐	1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ >3 ☐	1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí ☒ No ☐	

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☒ Extrapulmonar ☐ Meningea ☐ Especifique la localización extrapulmonar:	2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☒ Recaída ☐ Fracaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí ☐ No ☐ Prueba Molecular: Sí ☐ No ☐ Baciloscopia: Sí ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Sí ☐ No ☐ Diagnóstico clínico: Sí ☐ No ☐	2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☒ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistente a: rifampicina ☐ isoniazida ☐ quinolonas ☐ aminoglucósidos ☐ Baciloscopia: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐
2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☐ TBMDR/RR ☐ TB Mono H ☐ TBXDR ☐	2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa) 27-12-25

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa) 28-01-26	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 25-01-26	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
---	---	---

4.1 Nombre y apellidos del caso índice:		4.2 Tipo de documento de identidad:		4.3 Número de identificación:		4.4 Dirección:		4.5 Departamento/Distrito:		4.6 Municipio:		
Fecha de registro	Nombre completo del contacto	Documento de identificación	Edad	CC	RC	PS	CE	NUIP	Otro	Origen	Relación	
2023/08/28	AVIGAIL BARROLO LOZANO	22387538	76	2023/08/28	2008066708			32633044		4.4 Dirección:	4.5 Departamento/Distrito:	4.6 Municipio:
2023/08/28	JORGE BRAVO LOZANO	8699842	68	2023/08/28	860766708			32633044		4.4 Dirección:	4.5 Departamento/Distrito:	4.6 Municipio:

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario y/o grupo familiar.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M ☐ F ☒	1.2 Edad: 63 años	1.3 Nombre y apellidos: ZOLA TORRESOSA DE SOLERA	1.4 Tipo de documento de identidad: CC ☒ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐
1.5 Número de identificación: 32664850	1.6 Ocupación: AMA DE CASA	1.7 Etnia: Indígena ☐ Afrocolombiano ☒ Raizal ☐ rom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo _____	1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☐ Primaria ☒ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐
1.9 Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Unión Libre ☐ Otro ☐	1.10 Departamento/Distrito: ATLANTICO	1.11 Dirección de residencia: Calle 115 # 2680	1.12 Municipio: B/gila
1.13 Localidad/comuna/vereda: sur occidente	1.14 Barrio: olivos II	1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☒ Rural ☐ Rural dispersa ☐	1.16 Tipo de vivienda: Casa ☐ Apartamento ☒ Albergue ☐ Centro Protección ☐ Ninguna ☐
1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☒ Desempleado ☐	1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐	1.19 Nombre de la EAPB: COOSAIUD	1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desplazado ☐ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☒ ¿Cuál? Independiente
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☒ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐	1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento ☐ No ☒ Falta ventilación ☐ No ☒ Iluminación ☒ No ☐	1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☒ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐	1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz ☒ agua ☒ alcantarillado ☒ gas ☒ internet ☐ televisión ☒ teléfono ☒ recolección de basuras ☒
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☒ < 1 SMLMV ☐ 2-3 SMLMV ☐ >4 SMLMV ☐	1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ >3 ☐	1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí ☐ No ☒	

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☒ Extrapulmonar ☐ Meníngea ☐ Especifique la localización extrapulmonar: _____	2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☐ Recaída ☐ Fracaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí ☐ No ☐ Prueba Molecular: Sí ☐ No ☐ Baciloscopia: Sí ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Sí ☐ No ☐ Diagnóstico clínico: Sí ☐ No ☐	2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistente a: rifampicina ☐ isoniazida ☐ quinolonas ☐ aminoglucósidos ☐ Baciloscopia: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐
2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☐ TBMDR/RR ☐ TB Mono H ☐ TBXDR ☐	
2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa)	

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa)	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa)	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
---	---	---

MANIFIESTA NO CONOCER SUS RESULTADOS POR TAL MOTIVO
SE DIRIGE AL PUNTO DE SALUD DONDE HIZO SU
LABORATORIO

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS										
4.1 Nombre y apellidos del caso índice:	4.2 Tipo de documento de identidad:	4.3 Número de identificación:	4.4 Dirección:	4.5 Departamento/Distrito:	4.6 Municipio:	Pruebas de tuberculina (sólo si tipo es positivo y se aplican las pruebas de tuberculina)				
Nombre y apellidos del contacto	Documento de identificación	Edad	Relación de contacto	Tipo de contacto	Fecha de registro de contacto	Fecha de contacto	Fecha de seguimiento	Fecha de seguimiento	Fecha de seguimiento	
JOILA DEPEROSA	CC 8	RC	PS	CE	NUIP	Otro	37 064850	2011/11/26	2011/11/26	2011/11/26
HERNANDEZ SOLENA	221493661	20	26-80	2011/11/26	2011/11/26	2011/11/26	2011/11/26	2011/11/26	2011/11/26	

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO

Lepra o enfermedad de Hansen

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Caso confirmado por clínica: por medio de un examen clínico en el cual según la OMS debe basarse en un examen clínico donde se encuentren al menos uno de los dos signos cardinales:

- Pérdida definitiva de la sensibilidad en un parche o mancha hipopigmentada o rojiza en piel.
- Nervio periférico engrosado o agrandado con pérdida de la sensibilidad y debilidad de los músculos alimentados por ese nervio.

Caso confirmado por laboratorio: se trata de un complemento del examen clínico que contribuye al diagnóstico, clasificación y elección del esquema terapéutico.

- Identificación de bacilos ácido alcohol resistentes en los frotis de linfa o líquido intersticial.
- Biopsia con infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independientemente de la presencia o no de bacilos

I. INFORMACION GENERAL

Nombre completo: Mileydis Carolina Blanco Castro
 Tipo de documento: Cédula Documento: 1004211495
 Edad: 26 Años Aseguramiento: Sanitas
 Departamento: Araucario Municipio: Barranquilla
 Población especial o priorizada:

II. ANTECEDENTES

	SI	NO	Observaciones:
Antecedente de diagnóstico de la enfermedad.	☒	☐	
Antecedente alérgico	☒	☐	<u>Alérgica a Sulfamida - Penicilina</u>
Antecedente patológico	☐	☐	
Antecedentes clínico en los últimos 30 días	☐	☐	
Antecedente de toma de medicamentos	☐	☐	
Gestante	☐	☒	
Antecedente familiar de persona diagnosticada con Hansen.	☐	☒	
Inscrito a programa	☒	☐	

III. RECUENTO ATENCIONES EN SALUD

En este espacio se deberá desarrollar la aparición de primeras lesiones en piel, el ingreso a consulta y el desarrollo de las mismas previa al diagnóstico de la enfermedad

La paciente refiere que sus primeras lesiones fueron en el 2019 y consulta al médico en el 2022 donde le diagnosticaron Artritis y luego Granulomatosis de Wegener con la EPS Salud total en ese tiempo, luego estuvo hospitalizada e inicia tratamiento para lepra el 05-02-2026. Refiere que ha sido un proceso largo.

Registro de contactos y/o convivientes del paciente: (Mencione los datos de los convivientes encontrados durante la IEC y relacione la información de la tabla que se encuentra a continuación)

Nombre del contacto	Parentesco	Edad	Sintomático de piel	Sintomático del sistema nervioso periférico
<u>Geraldina García</u>	<u>Amiga</u>	<u>31</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>
<u>Luisa Gutiérrez</u>	<u>Amiga</u>	<u>24</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>
<u>Sinelim Ibarra</u>	<u>Amiga</u>	<u>20</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>

Los contactos encontrados cuentan con cárdex de vacunación: SI

Los contactos y/o convivientes tienen cicatriz de BCG: SI

Se remite contacto a PAI para administración de BCG: NO

Tipo de contacto: Hogar o conviviente ☒

Contacto Cercano: ☐

Contacto social: ☐

IV. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE

Diagnostico confirmado:

Fecha del diagnostico : 04-02-2026

Clasificación clínica de la enfermedad

PB

MBX

de lesiones en piel _____

Datos de laboratorio

¿Se le realizó Baciloscopia?

Indique el índice bacilar

¿Se le realizó biopsia?

Describe resultado:

¿Se le diagnosticó grado de discapacidad?

Describe cual

¿El paciente presenta malformaciones?

SI

NO

OBSERVACIONES

☒

☐

☐

☐

☒

☐

☐

☐

☐

☒

☐

☐

☐

☒

Fecha de inscripción a programa

PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN:

Nombre / Institución : Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla

Firma: Manuel Joro

PERSONA QUE RECIBE LA VISITA:

Nombre / Institución :

Firma:

Fecha: