

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LEPROA – ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y MULTINACIONES EN ASIA

Erik Post^a, Wim Brandsma^b, Inge Wagenaar^c, Khorshed Alam^{d,†}, Vanaja Shetty^{e,†}, Sajid Husain^{f,†}, Cita Rosita Sigit Prakoeswa^{g,†}, Mahesh Shah^{h,†}, Krishna Bahadur Tamang^{i,†}

^aPara el estudio Tenlep: Sr. Consejero de Salud, Royal Tropical Institute, Amsterdam, The Netherlands

^bAsesor emérito, Leprosy – Hand Rehabilitation, Green Pastures Hospital and Rehabilitation Center International Nepal Fellowship, P. O. Box 5, Pokhara, Nepal

^cCentre for Infectious Disease Control, National Institute of Public Health, and the Environment (RIVM), Bilthoven, The Netherlands

^dRural Health Program, The Leprosy Mission International Bangladesh, Nilphamari, Bangladesh

^eFoundation for Medical Research, Mumbai, India

^fJALMA Institute of Leprosy & Other Mycobacterial Diseases, Agra, India

^gDr. Soetomo Teaching Hospital – Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

^hAnandaban Hospital and Mycobacterial Research Laboratories, The Leprosy Mission Nepal, Kathmandu, Nepal

ⁱLalgadh Leprosy Hospital and Services Cente Dhanusha, Lalghadh, Nepal

(Este trabajo es una reproducción de *Lepr Rev.* 2021; 92 (1):29-37)

RESUMEN

El retraso en el diagnóstico de la lepra y en efectuar un diagnóstico puede resultar en complicaciones innecesarias.

Objetivo: ¿Qué factores influyen en el reporte tardío y en un diagnóstico equivocado de lepra?

Métodos: Se empleó un cuestionario con 1243 nuevos pacientes diagnosticados de lepra para explorar los motivos del posible retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento; los pacientes son de seis proyectos en cuatro países endémicos y requirieron tratamiento para la afectación de la función neural.

Resultados/Conclusiones: Los retrasos en reportar para el diagnóstico y confirmarlo son multifactoriales y difieren entre los distintos centros. Entre los factores relacionados con el retraso están las personas y el programa, incluyendo el ocultamiento de la enfermedad sospechada, quizás por vergüenza, accesibilidad a la clínica, y la experiencia de los servicios de diagnóstico. Necesitan ser atendidos de distintas formas para minimizar el retraso y así minimizar los riesgos de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología, estigma, retraso diagnóstico

SUMMARY

Delay in reporting for possible leprosy diagnosis and a delay in making the diagnosis of leprosy may result in unnecessary complications.

Objective: Which factors contribute to late reporting and a missed diagnosis of leprosy?

Method: A questionnaire, involving 1243 newly diagnosed patients, was used to explore reasons for possible delay in diagnosis and start of treatment; the patients were being managed in six projects in four leprosy endemic countries, and needed treatment for nerve function impairment.

Results/Conclusions: Delays in reporting for diagnosis and in establishing the diagnosis are multifactorial and differ between the research sites. Factors contributing to the delay are person and program related, including concealment of suspected disease, perhaps because of shame, accessibility of the clinic, and expertise within the diagnostic services. They need to be addressed in different ways to minimize delay thereby reducing risks for complications.

KEYWORDS: Epidemiology, stigma, delay in diagnosis

Correspondencia a: W. Brandsma (e-mail: jwbrandsma@gmail.com)

[†]Investigador jefe en las zonas de estudio

INTRODUCCIÓN

La lepra es una infección de tipo bacteriana que hoy en día sólo afecta a países endémicos (sub)tropicales. La incidencia anual mundial es de aproximadamente 220,000 pacientes. La enfermedad es más prevalente en algunos países asiáticos y africanos y también Brasil¹ donde afecta mayoritariamente a personas económicamente menos favorecidas y de áreas rurales.

Un diagnóstico y tratamiento a tiempo puede prevenir en gran medida las complicaciones inmunológicas y las inducidas por el tratamiento, sobre todo la afectación de los nervios periféricos conocida como neuropatía. Muchas veces el diagnóstico se retrasa y los pacientes ya se presentan con neuropatías. Sin embargo, la neuropatía y otras complicaciones también se pueden presentar después del diagnóstico, incluso después de completar el tratamiento.² Cuanto menos retraso menos probabilidades de desarrollar complicaciones.

Hay muchos estudios de áreas endémicas que informaron del retraso en el diagnóstico y el efecto negativo que puede suponer para el paciente y la comunidad: Paraguay,³ Bangladesh,⁴ Nepal,⁵ Etiopía,⁶ Nigeria,⁷⁻⁹ Brasil,¹⁰⁻¹¹ y China.¹²

Los efectos son causados por la transmisión continuada de la enfermedad a través de pacientes infecciosos sin tratar y el efecto que la progresión de lepra no tratada puede tener sobre el individuo infectado, incluyendo la neuropatía progresiva y el desarrollo de nuevas discapacidades.

El retraso en el diagnóstico también ha sido reportado en países no-endémicos donde la lepra es considerada una enfermedad importada: Dinamarca,¹³ Reino Unido,¹⁴ y Estados Unidos.¹⁵

Analizar los motivos del retraso puede ayudar a desarrollar mensajes específicos y acciones para incrementar la percepción sobre la enfermedad, que a cambio resultarían en un diagnóstico y tratamiento más precoz.^{16,17}

MÉTODOS

Este estudio del retraso en informar fue parte de dos ensayos paralelos que evaluaban la eficacia de los corticosteroides en la prevención (ensayo subclínico) o tratamiento (ensayo clínico) de la discapacidad en la función neural (NFI, en inglés).¹⁸

Se registraron en el estudio nuevos pacientes diagnosticados de lepra con edades comprendidas entre los 15 y 60 años con NFI confirmado mediante electroneurofisiología (ensayo subclínico) y pacientes con NFI clínico.

En el momento de su admisión, se utilizó un cuestionario semiestructurado por el médico, trabajador social o personal de campo con experiencia en la lepra (Apéndice A). todos se formaron en el desarrollo del cuestionario. Se les preguntó sobre el período de tiempo entre los primeros síntomas y el diagnóstico que se había hecho y a quien habían informado sobre la enfermedad. En este estudio se definió retraso como el tiempo entre el inicio de los primeros síntomas relacionados con la lepra y un diagnóstico médico acertado. En algunos centros, los pacientes eran mayoritariamente incluidos de un hospital "base", en otros de un programa de lepra en el campo. Los pacientes se incluyeron a medida que se presentaban al programa para el diagnóstico.

Participaron en el ensayo seis centros para lepra de cuatro países endémicos de Asia: Indonesia, Bangladesh, India (2) y Nepal (2). Se registraron pacientes desde abril de 2012 a abril de 2014.

La información obtenida localmente de los distintos centros se enviaba a través del servicio de Internet "Drop Box" al estadístico. Sólo el estadístico y los tres principales autores tenían acceso a los datos combinados de los distintos centros. Todos los pacientes dieron previamente su consentimiento informado.

Tabla 1. Registrados en ambos ensayos

Centro	Ensayo subclínico	Ensayo clínico	Entrevistados(%) sobre "retraso"
Bangladesh	118	235	100
India – A	67	82	100
India – B	137	231	99.7
Nepal – A	48	166	100
Nepal – B	*	55	100
Indonesia	*	104	94.2
	370	873	1243

*Centros que no participaron en los ensayos subclínicos.

Tabla 2. Retraso comunicado en meses (rango) entre el primer síntoma y el reporte del diagnóstico

Centro	<i>N</i>	Ensayo subclínico NFI	<i>N</i>	Ensayo clínico NFI
Bangladesh		12 (6-24)		8 (4-18)
Varón	65	12 (6-24)	183	9 (4-18)
Mujer	53	12 (6-24)	52	7 (5-13.5)
India – A		14 (9-36)		12 (5-48)
Varón	52	18 (8.5-36)	70	12 (5-48)
Mujer	15	12 (8-13.5)	12	6.5 (6-37)
India – B		2 (2-3)		3 (2-3)
Varón	117	2 (2-3)	191	3 (2-3)
Mujer	20	2 (2-3)	40	3 (2-3)
Nepal – A		6.5 (3-12)		5 (2-12)
Varón	42	6 (3-12)	121	5 (2-12)
Mujer	7	12 (8-12)	51	5 (3-6)
Nepal – B*	—			12 (5-24)
Varón			40	12 (5-24)
Mujer			15	7 (3-15.5)
Indonesia*	—			7 (4-12)
Varón			72	9 (5-12)
Mujer			23	5 (2.5-11)

*Centro que no participó en ensayo subclínico (sin equipo necesario) para valorar NFI neurofisiológicamente.

RESULTADOS

Se registraron un total de 1243 pacientes en ambos ensayos. La Tabla 1 presenta la inscripción por centros de cada uno de los dos estudios y el porcentaje de cuestionario sobre el retraso completado.

La Tabla 2 proporciona el tiempo de retraso en reportar para diagnóstico basado en el recuerdo del primer signo y/o síntoma. Se puede observar una amplia diferencia entre centros del mismo país y entre países, en particular entre dos centros en India y los dos de Nepal, y no tenemos una explicación convincente sobre esta diferencia. También se detecta una diferencia entre el retraso entre hombres y mujeres.

Los motivos del retraso son múltiples y se resumen para un centro en la Tabla 3 (ver Discusión).

Tabla 3. Motivos del retraso*

Centro: Nepal – A	Hombres	Mujeres
No percibe/No reconoce	18	11
Diagnóstico equivocado por MD	7	1
Negligencia	6	0
Otro/Sin motivo	6	3
No retraso	3	0
Total	40	15

Tabla 4. Primeros signos/síntomas recordados por los pacientes (%)

	Lesión cutánea (Pálida)		Lesiones cutáneas (Rojas)		Anestesia	
	Ensayo subclínico	Ensayo clínico	Ensayo subclínico	Ensayo clínico	Ensayo subclínico	Ensayo clínico
Bangladesh	85	46	0	0	9	25
India – A	46	30	29	0	0	29
India – B	67	32	0	0	26	55
Nepal – A	39	39	35	0	0	28
Nepal – B*	—	22	—	22	—	—
Indonesia*	—	34	—	26	—	—

*Centro que no participó en el ensayo subclínico

Tabla 5. Reconocer posible lepra (%)

Centro	Ensayo subclínico (%)	Ensayo clínico (%)
Bangladesh	17	20
India – A	3	3
India – B	0	0
Nepal – A	0	<1
Nepal – B*	—	7
Indonesia*	—	14

*Centros que no participaron en el ensayo subclínico

¿Qué signos/síntomas motivaron la visita al personal sanitario? ¿Fue una lesión cutánea o la pérdida de sensibilidad (anestesia)? El primer signo/síntoma recordado por los pacientes figura en la Tabla 4.

Se les preguntó a los pacientes si reconocieron la posibilidad de lepra cuando advirtieron el primer signo/síntoma (Tabla 5). Se trata de una pregunta importante que refleja hasta qué punto los individuos perciben la posibilidad de la lepra y se sienten libres para comentar o encubrir el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El trabajo revela que el retraso en el diagnóstico y el tratamiento es un problema en todos los países/centros de investigación, donde tuvo lugar el estudio. Hay una excepción significativa en uno de los centros donde el retraso medio fue de 2 y 3 meses en los ensayos subclínicos y clínicos, respectivamente (Tabla 2).

El diagnóstico precoz de la enfermedad es importante por dos motivos principalmente:

Puede prevenir el inicio de complicaciones neurológicas inducidas inmunológicamente, que conllevan afectación neural irreversible y discapacidad. Segundo, desde un punto de vista comunitario y de prevención de la enfermedad, cuanto más precoz es el diagnóstico, menor es la transmisión de estos pacientes que diseminan bacilos al medioambiente.

Muchas cuestiones exigían que los pacientes recordaran ciertos momentos, como la aparición del primer síntoma, cuando se consideró como una posible lepra o la primera referencia para recibir ayuda. Inicialmente, cuando los síntomas son moderados, pueden haber estado ya presentes muchos meses o incluso años y haber confusión para ser recordados. Sin embargo, los datos revelan un considerable retraso.

Para conseguir un diagnóstico precoz se necesita un planteamiento de dos vías: percepción comunitaria/educación que facilite la correcta información y hechos sobre cómo reconocer y tratar la enfermedad. Esto podría afrontar el miedo, la vergüenza y la ansiedad que frecuentemente prevalecen y representan motivos para retrasar su presentación. Segundo, formar al personal sanitario en países endémicos de lepra para que “piensen en lepra” y reconozcan los principales signos cardinales y como evaluarlos.

El estudio revela que muy pocos pacientes pensaron en lepra cuando aparecieron los primeros síntomas (Tabla 5). El porcentaje mayor fue del 20% en un centro. Este punto señala la importancia de la educación pública y médica en informar y reconocer los signos y síntomas precoces.

La Tabla 3 presenta distintos motivos para el retraso en un centro. Muchos centros “tuvieron dificultades” con esta pregunta y las respuestas no fueron muy útiles para el análisis. Un centro contestó constantemente “Ignorancia”.

Una revisión sistemática relacionó el retraso en la presentación y el retraso en el diagnóstico y tratamiento factores de riesgo clasificados para la tuberculosis en las áreas sociopsicológicas, sociodemográficas y socioeconómicas.¹⁹

La tabla 4 revela las diferencias en las anotaciones del primer signo de lepra, por ej., lesión(es) cutánea(s) pálida(s) o enrojecida(s) o anestesia. También figuran diferencias en los distintos centros y ensayos para los cuales no tenemos explicación. Quizás las diferencias entre la experiencia del personal, carga de trabajo y temas de comunicación hayan contribuido a estas diferencias.

Creemos que un cuestionario, como el utilizado en el estudio TENLEP, proporciona información que es útil para una educación personalizada. La información agregada de un centro o programa de control de lepra facilitará información sobre las actitudes culturales y comportamentales que habrían de afrontar para conseguir facilitar el diagnóstico precoz de la lepra.^{16,17}

Hay múltiples factores paciente/comunidad y sistema sanitario que determinan un reporte y diagnóstico precoz. Estos factores requieren estudios sistemáticos y asesoramiento, y deben afrontarse de forma culturalmente significativa y sensible.^{20,21}

Limitaciones/puntos fuertes: Se completaron los cuestionarios “retraso” para la mayoría de pacientes (Tabla 1). Sin embargo, muchos cuestionarios estaban incompletos y/o algunas preguntas no fueron bien entendidas o cuando una pregunta como “¿Qué cree el paciente que fue la principal causa del retraso en el diagnóstico?” fue contestada simplemente como “ignorancia”. El estudio sobre el retraso se sumaba a otro mucho mayor que comprendía múltiples exámenes clínicos que dieron lugar a aportaciones subóptimas del entrevistador y el entrevistado, referentes al cuestionario “retraso”.

Además, con la información disponible era difícil analizar posibles diferencias entre el retraso del paciente y el retraso del sistema de salud, por ej., pacientes con signos de lepra, pero que el equipo médico efectúa un diagnóstico equivocado.

El principal objetivo del estudio era investigar la efectividad/eficacia de la prednisolona en la prevención y tratamiento de NFI. Creemos que los objetivos del estudio del “retraso” estuvo influenciado por el compromiso de los participantes y estuvo enfocado sobre los resultados preliminares del estudio principal. Un cuestionario adicional se interpretaba como necesidad de emplear más tiempo. Se dedicó poco tiempo a explorar más allá de las cuestiones “obvias”.

Un punto fuerte del estudio fue que utilizó un cuestionario estándar semiestructurado en seis proyectos diferentes revelando diferencias en temas referentes a los motivos y factores del retraso. Las consecuencias sociales, también parte de este cuestionario, se analizarán y reportarán en otro trabajo aparte.

PUNTOS CLAVE Y RECOMENDACIONES

- El retraso en el diagnóstico y tratamiento es un factor importante que contribuye al inicio de la neuropatía.
- El estudio revela que (los motivos) el retraso en reportar/diagnosticar son muchos y varían entre áreas endémicas de lepra.
- Hay que afrontar los motivos de los posibles retrasos con métodos adecuados culturalmente sensibles al entorno.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quisieran agradecer la contribución del Dr. P. Nicholls en el desarrollo del cuestionario "Retraso" y el apoyo en la introducción de los datos y su análisis.

PERSONAL INVESTIGADOR EN CADA CENTRO

Bangladesh: Dr. B Bowers, Kallyan Kumar Kunda, Anil Soren, Kolpona Roy, Khorshed Alam; **India** (Bombay): Gospi Capadia, Ashish Khodke, Kulbushan Pawar, Dr. Vivek Pai; **India** (JALMA): Mishra Nath Kameshwar, Bipin Kumar, Hemant Singh; **Indonesia:** Linda Astari, Bagus Haryo Kusumaputra, Irmadita Citrashanty, Sylvia Anggraeni, Menul Ayu Umborowati, Renata Mayangsari, Riski Haris Sasongko, Agustina, Asmahani Thohiroh, **Nepal** (Anandaban): Dr. Deanna Hagge, Kapil Neupane, Ram Babu Bista, Pawan Parajuli, Apsara Ghimiri **Nepal** (Lalgadh): Shyam Pariyar, Jeevan Thapa and Shankar Paudel.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Global update 2015: time for action, accountability, and inclusion, 2016; 91: 405–420, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249601/WER9135.pdf;jsessionid=0FD89716A4DF32F99B4D-685277877D3?sequence=1>.
2. Walker SL. Leprosy reactions. In: Scollard D, Gillis T (eds), International Textbook of Leprosy. <https://internationaltextbookofleprosy.org/chapter/reactions>.
3. Nicholls PG, Wiens C, Smith WCS. Delay in presentation in the context of local knowledge and attitude towards leprosy – the results of qualitative fieldwork in Paraguay. *Int J Lepr*, 2003; 71: 198–209.
4. Nicholls PG, Chhina PG, Bro AK et al. Factors contributing to delay in diagnosis and start of treatment of leprosy: analysis of help-seeking narratives in northern Bangladesh and in West Bengal, India. *Lepr Rev*, 2005; 76: 35–47.
5. Robertson LM, Nicholls PG, Butlin R. Delay in presentation and start of treatment in leprosy: experience in an out-patient clinic in Nepal. *Lepr Rev*, 2000; 71: 511–516.
6. Bekri W, Gebre S, Mengiste A et al. Delay in presentation and start of treatment in leprosy patients — a casecontrol study of disabled and non-disabled patients in three different settings in Ethiopia. *Int J Lepr*, 1998; 66:1–9.
7. Peters ES, Eshiet AI. Male–female (sex) differences in leprosy patients in south eastern Nigeria: females present late for diagnosis and treatment and have higher rates of deformity. *Lepr Rev*, 2002; 73: 262–267.
8. Van de Weg N, Post EB, Lucassen R, De Jong JT, Van Den Broek J. Explanatory models and help-seeking behaviour of leprosy patients in Adamawa State, Nigeria. *Lepr Rev*, 1998; 69: 382–389.
9. Post E. Patient and health services delay in the diagnosis of leprosy in Kaduna State, Nigeria. *Lepr Rev*, 2003; 74: 79–82.

10. Henry M, GalAn N, Tesdale K et al. Factors contributing to the delay in diagnosis and continued transmission of leprosy in Brazil—An explorative, quantitative, questionnaire based study. *PLoS Negl Trop Dis*, 2016; 1–12, doi:10.1371/journal.pntd.0004542.
11. Souza CS, Bacha JT. Delayed diagnosis of leprosy and the potential role of educational activities in Brazil. *Lepr Rev*, 2003; 74: 249–258.
12. Chen XS, Li WZ, Jiang C et al. Leprosy in China. Delay in detection of cases. *Ann Trop Med Parasit*, 2000; 94:181–188.
13. Aftab H, Nielsen SD, Bygbjerg IbC. Leprosy in Denmark 1980–2010: a review of 15 cases. *BMC Res Notes*, 2016; 9: 10, doi:10.1186/s 13104-015-1768-6.
14. Lockwood DNJ, Reis AJC. The diagnosis of leprosy is delayed in the United Kingdom. *Q J Med*, 2001; 94:207–212.
15. Leon KE, Jacob JT, Franco-Paredes C et al. Delayed diagnosis, leprosy reactions and nerve injury among individuals with Hansen's disease seen at a United States clinic. *Open Forum Infect Dis*, 2016; 3: 1–4, doi:10.1093/ofid/ofw063.
16. Nicholls PG, Ross L, Smith WCS. Promoting early detection in leprosy—a literature review to identify proven and potential interventions addressing patient-related delay. *Lepr Rev*, 2006; 77: 298–310.
17. Kuipers P, Joy A, John A et al. A pilot study using participatory, translational, social science research methods to explore stakeholder perspectives on preventing delayed diagnosis in leprosy. *Lepr Rev*, 2018; 89: 124–138.
18. Wagenaar IW, Brandsma JW, Post E et al. Two randomized controlled clinical trials to study the effectiveness of prednisolone in prevention and restoring clinical nerve function loss in leprosy: the TENLEP studies. *BMC Neurol*, 2012; 12: 159–167.
19. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systemic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Publ Health*, 2008; 8: 15, doi:10.1186/1471-2458-8-15.
20. Ballering AV, Peters RMH, Waltz MM et al. Community stigma and desired social distance towards people affected by leprosy in Chandauli district, India. *Lepr Rev*, 2019; 90: 418–432.
21. Engelbrektsson UB, Subedi M, Nicholls P. The challenge of health-seeking: recollections of leprosy in patients in post-elimination Nepal. *Lepr Rev*, 2019; 433–443.

APÉNDICE A. Formulario TENLEP 4 — Razones para el retraso en la presentación e inicio del tratamiento

Obtener la información requerida mediante una entrevista al paciente. NO realizar en el momento del diagnóstico o registro en los Ensayos, sino en la primera o segunda visita de vuelta.

Formulario TENLEP 4	Primera parte – ID paciente y fecha visita
Nombre ID paciente TENLEP:	
Número semana: <i>Como semana 4, 8 o 12.</i>	
Fecha visita: <i>dd-mm-aaaa</i>	___/___/_____
Número tarjeta de registro del Hospital/Clinica:	
Evaluated por: <i>Nombre del personal</i>	

Formulario TENLEP 4	Segunda parte – Retraso reportado por el paciente en el diagnóstico
Preguntar al paciente los meses pasados desde que percibió el primer signo o síntoma de lepra <i>Anotar como número de meses</i>	

Formulario TENLEP 4	Tercera parte – Síntomas y búsqueda de ayuda del paciente
---------------------	---

Entrevistador – Preguntar al paciente cuántas veces y en qué lugares buscó consejo, ayuda, diagnóstico o tratamiento. Cuando tengas una idea clara de los síntomas, acciones necesarias para buscar ayuda y duración del retraso, por favor dile al paciente que conteste a las siguientes preguntas.

<p>¿Cuál fue el primer síntoma de lepra? <i>Indica sólo un número de la lista:</i></p> <table border="0"> <tr> <td>1. Lesiones cutáneas (pálidas)</td> <td>6. Pérdida de fuerza muscular</td> </tr> <tr> <td>2. Lesiones cutáneas (rojas)</td> <td>7. Síntoma de reacción de Tipo 1</td> </tr> <tr> <td>3. Anestesia</td> <td>8. Síntoma de reacción de Tipo 2</td> </tr> <tr> <td>4. Pérdida de sensibilidad térmica</td> <td>9. Otro (especificar)</td> </tr> <tr> <td>5. Quemazón/hormigueo</td> <td></td> </tr> </table>	1. Lesiones cutáneas (pálidas)	6. Pérdida de fuerza muscular	2. Lesiones cutáneas (rojas)	7. Síntoma de reacción de Tipo 1	3. Anestesia	8. Síntoma de reacción de Tipo 2	4. Pérdida de sensibilidad térmica	9. Otro (especificar)	5. Quemazón/hormigueo		<p>_____</p> <p>_____</p>
1. Lesiones cutáneas (pálidas)	6. Pérdida de fuerza muscular										
2. Lesiones cutáneas (rojas)	7. Síntoma de reacción de Tipo 1										
3. Anestesia	8. Síntoma de reacción de Tipo 2										
4. Pérdida de sensibilidad térmica	9. Otro (especificar)										
5. Quemazón/hormigueo											
<p>¿Percibió en ese momento el paciente la posibilidad de lepra? <i>Si/No/No sabe</i></p>											
<p>¿Dónde buscó ayuda en primer lugar?</p> <ol style="list-style-type: none"> Farmacia Curandero Medicina alternativa Clinica/médico privado Hospital o clínica de lepra Persona afectada por lepra Otro - especificar 											

¿Quién tomó la decisión? 1. Sólo 2. Cónyuge 3. Conjuntamente con el cónyuge 4. Otro miembro familiar 5. PAL 6. Otro - especificar		
¿Le fue prescrito en el pasado tratamiento PQT que no llegó a completar? <i>Si/No/No sabe</i>		
Si contestó "Sí", ¿cuántos meses de PQT completó?		
¿Cuál fue el principal motivo de retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento? <i>(Espacio ilimitado para la introducción de datos)</i>	<hr/> <hr/>	

Formulario TENLEP 4	Cuarta parte – Problemas asociados con lepra					
Comentar con la gente el diagnóstico de lepra	Cónyuge	Familia	Estudios/ Trabajo	Amigos	Vecinos	Comunidad
¿Quién lo sabe? <i>Señala</i>						
¿A quién más se lo comentó? <i>Señala</i>						
¿Quién no quiere que lo sepa? <i>Señala</i>						

Problemas en las relaciones causados por la lepra	Con el matrimonio o dentro de él	Con miembros de la familia	En los estudios/ Trabajo	Con amigos	Con vecinos	Con la comunidad
¿Ya ha sido motivo de problema? <i>Señala</i>						
¿Puede ser un problema en el futuro? <i>Señala</i>						

Formulario TENLEP 4	Quinta parte – Estimación revisada de retraso
¿Estimación del entrevistador del tiempo pasado desde el primer síntoma (meses)? <i>Puede ser más o menos tiempo que el reportado por el paciente</i>	