

POLICLÍNICO DOCENTE “Juan Olimpio Valcárcel”

DE VENEZUELA

CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención educativa sobre Lepra en adolescentes del consultorio número 7, Municipio Venezuela.

Autora: Dra. Dayaima Reley Iturralde.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2018

POLICLÍNICO DOCENTE “Juan Olimpio Valcárcel”
DE VENEZUELA
CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención educativa sobre Lepra en adolescentes del consultorio número 7, Municipio Venezuela.

Autora: Dra. Dayaima Reley Iturralde.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Paulino Hernández Guerra

Especialista de Primer grado en Higiene y Epidemiología.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2018

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados a la lepra en adolescentes pertenecientes al consultorio No.7 del área de salud del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre julio 2017 a marzo 2018. El Universo de estuvo constituido por 29 adolescentes. Se aplicó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento. Predominaron los adolescentes varones con edades homogéneas entre ambos sexos. La casi totalidad de los participantes presentaban serias dificultades en referencia al nivel de conocimientos sobre generalidades, forma de transmisión, forma clínica de presentación y sospecha de la enfermedad de la lepra según síntomas referidos. En todos los casos se logró una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos. Lo mismo ocurrió con el nivel de conocimientos general sobre la totalidad de aspectos evaluados en referencia a la lepra.

Palabras claves: Lepra, Factores de riesgo, adolescentes.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	7
▪ Método.....	20
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	25
▪ Conclusiones.....	32
▪ Referencias bibliográficas.....	33
▪ Anexos.....	38

PENSAMIENTO

“El arte de la medicina consiste en mantener al paciente en buen estado de ánimo mientras la Naturaleza le va curando.”

François Marie Arouet (Voltaire)

DEDICATORIA.

A mi madre, ya que gracias a su sacrificio he logrado realizar mi carrera, quien sin importar las dificultades me ha brindado su apoyo incondicional y todo su amor.

Quien me recuerda cada día que se puede comenzar de nuevo y me incentiva a sembrar las semillas de mis sueños.

INTRODUCCIÓN

La lepra (del griego lepis, que significa escama, costra) es producida por el *Mycobacterium leprae*, ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, lo que ha generado un trato inhumano hacia las personas que la padecen, constituyendo aún un problema de salud importante para algunos países (1).

Existe desde tiempos inmemoriales, acompañando al hombre casi desde sus orígenes, aunque la fecha en que se reconoció por vez primera es incierta, debido al cambio constante en su terminología, no hay dudas de que las denominaciones primarias tenían un significado mucho más amplio que el término empleado actualmente, refiriéndose a muchas más enfermedades, de las que hoy nosotros empleamos (2).

Su descubrimiento fue hecho por el médico Noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen, quien en 1873 identificó el bacilo causante de este padecimiento, significando este como el primer hallazgo de una bacteria identificada como causante de una enfermedad en el hombre. Sin embargo no se dispuso de un tratamiento hasta finales de los años cuarenta cuando se introdujo la mono terapia (3).

Las principales zonas endémicas del planeta son el sur y sureste de Asia, África Central Tropical, Meso América y la parte septentrional de Suramérica, donde según la OPS, para estas 2 últimas zonas, las tasas notificadas oscilan entre 0,1-14,0 x 10 000 habitantes (4).

Ya hoy en día con el uso de la poli quimioterapia ha modificado el perfil de la lepra en todos los países endémicos, en los últimos doce años (5). Esta es una enfermedad temida y desconocida, tanto por quienes la padecen como por sus familiares, cuyo origen en nuestro país está relacionado con la esclavitud y la inmigración europea (6).

Tiene un periodo de incubación o latencia muy prolongado, que suele durar entre 3 a 5 años, aunque algunos tratados dan una referencia que oscila entre 1 y 2 años (media 5 a 7 años) y puede superar los 40 años (6).

La lepra es una enfermedad con muchas peculiaridades y complejidades. La experiencia de las personas con lepra usualmente son escondidas y marginadas, mientras que los profesionales que trabajan en el campo de la lepra, se nos presentan como un mundo auto suficiente e impenetrable. No es sorprendente que alrededor de la lepra, hay elevado niveles de emociones y de politiquería, incluso en los debates acerca de las soluciones. Y aun así, las barreras de la “especialidad” y el aislamiento son artificiales (6).

Su lucha se ha encarado en diferentes partes del mundo de acuerdo con los recursos científicos disponibles en las distintas etapas históricas y en relación directa con las posibilidades sanitarias de cada país (6).

Una disminución de la incidencia, no será para nada, la eliminación en un futuro cercano de esta enfermedad, pues seguirán presentándose tasas elevadas en las regiones del tercer mundo, donde se encuentran los 16 países de mayor endemia, y viven en ellos el 91 % de los casos estimados de lepra en el mundo (6).

Se estima aproximadamente en un millón y medio el número de casos concentrados en los 5 países de mayor endemidad de estos 16 (India, Nepal, Sudán, Madagascar y Brasil), como podemos ver países socio-económicamente bajos en su desarrollo (6).

Los resultados de los estudios realizados en Cuba sobre esta enfermedad permiten plantear que su transmisión ha comenzado a disminuir, producto de todo el trabajo de control que se ha iniciado en 1962 y que se ha ido incrementando y actualizado en todo estos años (7).

Todos los países han adoptado oficialmente el tratamiento ambulatorio de la poli quimioterapia (PQT) y han cerrado progresivamente los sanatorios de lepra. Esto ha conllevado a un mejoramiento de la autoestima de los pacientes y un tratamiento adecuado (8).

Al respecto, en nuestro país se creó un programa para controlar la entidad clínica, modificado a partir de 1989, se propone la disminución de la incidencia y prevalencia, así como la prevención del desarrollo de incapacidades mediante el

diagnóstico precoz, la curación y la detección de la cadena de transmisión que le atribuye al médico y la enfermera de la familia una función primordial en este sentido e igualmente destaca la necesidad de desarrollar acciones de educación sanitaria en los pacientes y sus familias, con énfasis en su curación y la eliminación de los prejuicios sobre el tema y el estigma de padecer la enfermedad toda la vida (8).

En la actualidad la Lepra es una enfermedad curable como resultado de los avances de la quimioterapia y especialmente de la utilización desde 1981 de la poliquimioterapia recomendada por la OMS., que consiste en la administración de tres medicamentos -Rifampicina, Clofazimina y Dapsona ha mostrado que este tratamiento es muy efectivo para curar la enfermedad; es aceptado por la mayoría de los pacientes; tiene efectos secundarios mínimos, y previene la aparición de cepas de *Mycobacterium leprae* resistentes a los medicamentos (9).

Actualmente un equipo de expertos que trabaja en genética humana de las enfermedades infecciosas, ha descubierto recientemente un gen que predispone a padecer la enfermedad de Hansen, en el cromosoma 6, más exactamente en el 6q 25 (10).

Así mismo, otro gen situado en el cromosoma 10, se plantea que actúa de forma significativa en el desarrollo de formas tuberculoideas de la enfermedad. Esta identificación de marcadores genéticos, permitirá una detección precoz en individuos genéticamente predispuestos, lo cual permitirá adoptar nuevas estrategias de prevención (10).

Este mal, que ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemoriales, y que ha afectado en un momento dado a todos los continentes, se eliminó del continente europeo, sin poder saberse a ciencia cierta cuáles fueron las condiciones que propiciaron esa desaparición; no obstante, ha dejado tras de sí una imagen terrible en la historia y memoria de los hombres, recogida y plasmada en los lienzos de pintores famosos como Cossimo y Roseli, que en sus obras *El Sermón de la Montaña* y *La Purificación del Leproso* tocan el tema de esta enfermedad (11).

Conforme a lo declarado por la Organización Mundial de la Salud, cada año aparecen en el mundo 515 000 nuevos casos, de los cuales, alrededor de 62 000 (12 %) son niños y, según el citado informe, la cifra puede llegar a 700 000, lo cual no resulta extraordinario, pues los especialistas apenas controlan y dan tratamiento a un tercio del total de los afectados con esta infección(12-15).

Se conmemora el día internacional de la lepra el último domingo de enero de cada año, como una recordación de las personas que padecieron esta enfermedad, en un futuro no muy lejano el desarrollo de la ciencia podrá librar definitivamente a la humanidad de este flagelo ancestral (12-15).

Según la OMS todas las regiones en promedio alcanzan la meta de mantener la prevalencia por debajo de 1 caso por cada 10.000 habitantes, registrándose la más alta en el Sudeste Asiático (0,64) y la más baja en el Pacífico Occidental (0,05), mientras que las Américas y África estuvieron en el tercer lugar con 0,38; las más altas tasas de detección están en el Sudeste Asiático (8,77) y las Américas (4,25), mientras que la menor está en el Pacífico Occidental (0,28) (4).

En la región de las Américas durante el período 2006 a 2013 se registró una disminución progresiva de los casos nuevos de lepra, de 47.612 en 2006 a 33.084 en 2013 (reducción de 30,5%), en el mismo período la prevalencia disminuyó de 0,72 por 10.000 habitantes en 2006 a 0,33 en 2013 (reducción de 54,2%). Se detectaron casos nuevos en 24 de los 35 países de las Américas (4).

En nuestro país, en el año 2008 se introduce un nuevo programa, con el fin de estar más acorde, con la actual fase de post eliminación de la lepra. Pues en los últimos años se ha mantenido una estabilización entre los casos nuevos que se diagnostican y los que salen de la prevalencia curados, teniendo esta detección de casos, un comportamiento similar en los últimos 6 años, pues a partir del 2004 hasta la fecha se mantienen con una tasa de incidencia de $2.2 \times c/100\ 000$ habitantes lo que representa entre 250 y 300 casos nuevos al año, teniendo como meta este actual Programa Cubano, lograr el diagnóstico temprano de casos (12,13,15).

En este programa juega un valioso papel el médico de la familia, sobre todo en el diagnóstico temprano de esta entidad, interconsultando con el dermatólogo a todo paciente que presente síntomas sospechosos de Lepra como: máculas hipocrómicas, eritematosas y zonas de anestesia cutáneas (12,13,15).

En la provincia de Ciego de Ávila se ha incrementado la incidencia de lepra en los últimos años, todo lo cual nos motivó a realizar esta investigación con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de esta entidad en la población y que permita así un rápido diagnóstico de la entidad en todos los casos diagnosticados en nuestra provincia, el municipio de Ciego de Ávila se estima 2 casos y tasa 1.3×10^5 hab y en el municipio de Venezuela se reporta 1 caso y tasa 3.7×10^5 hab (15).

Atendiendo a las razones y los dilemas antes expuestos, permitieron plantear la siguiente pregunta de investigación:

Problema: ¿Se pudiera elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de la lepra al aplicar una estrategia de intervención comunitaria en adolescentes pertenecientes al consultorio No.7 del área de salud del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos relacionados a la lepra en adolescentes pertenecientes consultorio No.7 del área de salud del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la enfermedad de la lepra.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.

4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos en adolescentes sobre la enfermedad de la lepra y eliminar conductas de riesgo en estos pacientes así facilitar al personal profesional de la salud un rápido diagnóstico e intervención ante este flagelo en el consultorio No.7 del área de salud del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

Definición de la enfermedad.

La Lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por un microorganismo, el *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente la piel, mucosas y nervios periféricos (16).

Puede manifestarse con un amplio espectro de formas clínicas, desde la lepra paucibacilar con escasas lesiones localizadas y baja concentración bacteriana, hasta la lepra multibacilar con lesiones generalizadas, elevada concentración bacteriana y posibilidad de comprometer órganos internos (16).

La forma clínica adquirida depende de la inmunidad celular del huésped, cuando esta es mínima, se desarrollará una forma lepromatosa (multibacilar) y cuando es adecuada, una forma tuberculoide (paucibacilar) (16).

La afinidad del *Mycobacterium leprae* por los nervios, determina la clínica de la lepra por medio de su consecuencia directa: el daño neural (16).

Se trata de una enfermedad que, a pesar de tener una clínica variable, es diagnosticable y curable al recibir el esquema PQT propuesto por la OMS. El diagnóstico y tratamiento precoz previene las discapacidades que podrían presentarse en el curso de la enfermedad, como así también su propagación hacia los contactos de pacientes bacilíferos (16).

El *Mycobacterium leprae* fue descubierto en 1873 por Armauer Hansen en Noruega. Es un bacilo intracelular obligado, ácido alcohol resistente que se multiplica principalmente en el interior de los macrófagos de la piel (histiocitos), de los nervios periféricos (células de Schwann) y en el sistema reticuloendotelial (17,18).

La característica principal es que no ha podido ser cultivado in vitro. A partir del año 1960 se logra reproducir la infección en la almohadilla plantar del ratón, método que permitió realizar estudios bacteriológicos de este microorganismo.

El tiempo de multiplicación es de 12 a 14 días, con un período de incubación variable que puede extenderse desde meses a 5 o más años. Este período prolongado explica que en muchas ocasiones no pueda establecerse la exposición a casos conocidos (17,18).

La proliferación óptima se produce a los 30° C lo que tal vez pueda explicar su predilección por la piel y las vías respiratorias superiores; puede ser viable fuera del cuerpo durante varios días en condiciones adecuadas de humedad (17,18).

Modo de transmisión y evolución de la infección.

Se considera que el ser humano enfermo es la única fuente de infección. Se transmite de persona enferma a persona sana susceptible. Para que se produzca el contagio deben darse determinadas condiciones (16,17).

- a. Contacto con un paciente bacilífero que elimina grandes cantidades de bacilos a través de secreciones nasales.
- b. Que exista algún grado de inmunocompromiso específico para el *Mycobacterium leprae* que determine la susceptibilidad del huésped.
- c. Contacto íntimo y prolongado. Esto no sólo incluiría al contacto intradomiciliario, sino también el contexto social y laboral (19).

Actualmente se considera que la inhalación de gotitas de Flügge cargadas de bacilos es la vía de entrada principal. La inoculación por insectos no es considerada válida. Cabe destacar que la lepra no es una enfermedad hereditaria (19).

Una vez que el bacilo ingresa en el organismo va directamente hacia los ganglios linfáticos donde cumple la primera etapa de la infección (período de incubación), esta puede durar desde meses hasta cinco o más años. Pueden ocurrir tres cosas (20,21).

1. Destrucción total del bacilo, con lo cual no se produce la enfermedad. Se da en el 90 a 95% de las personas infectadas.
2. Destrucción parcial del bacilo, con desarrollo de inmunidad celular, aunque insuficiente para eliminarlo. Se produce enfermedad que adopta formas clínicas paucibacilares (PB).
3. No hay destrucción del bacilo por falla de la inmunidad celular y se produce enfermedad con formas clínicas multibacilares (MB).

Si bien la magnitud de la endemia es moderada y la morbilidad global por lepra es baja comparada con otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce, de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, regular y completo (20,21).

En el primer cuatrimestre de 2012, OMS recibió el reporte de 105 países, con un total de casos registrados de 181.941, que representa una tasa de prevalencia de 0.34/10000 habitantes (20,21).

La vigilancia epidemiológica de la lepra consiste en el registro sistemático, el análisis de los datos para la creación de información relevante y posterior difusión de la misma.

Diagnóstico.

Un caso de lepra es una persona que presenta uno o más de los siguientes signos o síntomas y que todavía no concluyo un esquema completo de tratamiento (24):

- Lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas, con pérdida bien definida de la sensibilidad.
- Lesiones de los nervios periféricos, puestas de manifiesto por pérdida de sensibilidad y de fuerza en manos, pies o cara.
- Frotis cutáneos positivo.

Se debería sospechar lepra en toda persona que presente alguno de los siguientes signos o síntomas (25):

- Máculas hipocrómicas o eritematosas en la piel.
- Pérdida o disminución de la sensibilidad en dichas lesiones.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies.
- Debilidad de las manos, pies o párpados.
- Dolor o hipersensibilidad de los nervios.
- Inflamación o presencia de nódulos en la superficie corporal.
- Heridas o quemaduras indoloras en las manos o pie.

La presentación clínica de la enfermedad de Hansen es variable debido a su amplio espectro de manifestaciones, por lo cual, en algunos casos, es considerado un desafío para el equipo de salud poder arribar al diagnóstico de lepra (18,20).

El diagnóstico se basa fundamentalmente en los siguientes pilares

1. Interrogatorio
2. Examen clínico
3. Examen bacteriológico
4. Examen histopatológico
5. Otros métodos diagnósticos

Es importante conocer si el paciente procede o no de área endémica, antecedentes de contactos con otros enfermos de lepra, el tipo de signo-sintomatología (hiperestesia, hipoestesia, hormigueos, disminución de fuerza, epistaxis, lesiones cutáneas o mucosas.) y tiempo de evolución.

Deben ser registrados los tratamientos previamente realizados, como así también enfermedades previas significativas y enfermedades intercurrentes (17,26).

Examen clínico.

Consiste en la inspección meticulosa a fin de detectar la presencia de lesiones cutáneas (infiltración, máculas, pápulas, úlceras y nódulos) y mucosas asociadas a pérdida o trastornos de la sensibilidad; compromiso del sistema nervioso periférico reflejado por engrosamiento y/o dolor del nervio comprometido y en algunos casos lesiones viscerales (16,20,26-28).

Lepra indeterminada (LI).

Constituye la forma de inicio de la enfermedad por lo cual se hace necesario un alto índice de sospecha para arribar a su diagnóstico. El estado inmunológico del huésped determinará su viraje hacia alguno de los polos del espectro o su permanencia indefinida como tal. Clínicamente se caracteriza por presentar una mácula hipopigmentada o eritematosa, única o menos frecuentemente múltiple, de unos pocos centímetros de diámetro, que puede localizarse habitualmente en cara, tronco o superficie extensora de miembros (16,20,26-28).

Estas lesiones pueden encontrarse hipo o anestésicas, con alteración de la sudoración y pérdida del vello en la zona afectada. No hay compromiso de membranas mucosas ni de órganos internos. Los nervios periféricos no se encuentran engrosados (16,20,26-28).

La baciloscopía en estos casos es en general negativa y más raramente positiva.

Lepra tuberculoide (LT)

Forma clínica estable, de alta resistencia por lo cual la baciloscopía en estos casos es negativa. Clínicamente se caracteriza por la presencia de lesiones

cutáneas, constituidas por placas sobreelevadas, eritematosas, con bordes bien definidos y continuos (16,20,26-28).

En número menor a 5, con un tamaño inferior a 10 cm de diámetro, se localizan en forma asimétrica en cualquier parte del tegumento, a veces siguiendo el trayecto del nervio afectado (16,20,26-28).

Estas lesiones se encuentran anestésicas, sin sudoración y con alteración del crecimiento del pelo. No hay compromiso de membranas mucosas ni de órganos internos. La alteración del sistema nervioso periférico, es comúnmente unilateral (16,20,26-28).

Clínicamente se traduce por el engrosamiento del nervio con alteración de la sensibilidad termoalgésica en el territorio inervado por él. Los nervios más comúnmente afectados son, en orden de frecuencia: cubital, mediano, tibial posterior, ciático poplíteo externo, radial, facial, ramas auricular y transversa del plexo cervical superficial, supraorbitario y supraclavicular (16,20,26-28).

Lepra lepromatosa (LL)

Representa el polo contrario a la lepra tuberculoide, con compromiso de la piel, nervios y órganos internos, curso insidioso y múltiples complicaciones. Constituye una forma estable desde el punto de vista inmunológico, con baja resistencia, por lo cual la baciloscopía es fuertemente positiva (16,20,26-28).

Se caracteriza clínicamente por la presencia de lesiones cutáneas generalizadas, simétricas y bilateralmente distribuidas (16,20,26-28).

Los primeros signos en aparecer son máculas de color hoja seca, de límites difusos y numerosas; estas pueden coalescer afectando uniformemente la piel, respetan algunos sectores como cuello, pliegues y gotera vertebral (16,20,26-28).

Si la enfermedad sigue su curso sin realizar tratamiento aparecen las siguientes lesiones (16,20,26-28):

Tubérculos o lepromas: son lesiones sobreelevadas, color piel, de tamaño variable, se encuentran en forma aislada o se agminan formando placas, se localizan en cualquier parte del tegumento (16,20,26-28).

Facies leonina: la infiltración cutánea a nivel de cara provoca ésta facie característica, con acentuación de los pliegues cutáneos, caída de la pirámide nasal (secundaria a la perforación del tabique nasal), madarosis (caída de pestañas), alopecia de la cola de las cejas e infiltración de los lóbulos de las orejas en badajo de campana (16,20,26-28).

La disminución o desaparición de las cejas y pestañas se debe a la infiltración de los folículos pilosos, que en casos avanzados es irreversible (16,20,26-28).

En algunas ocasiones, por atrofia de los tejidos vecinos, algunas pestañas pueden dirigirse hacia el ojo (triquiasis) dando lugar a lesiones corneales (16,20,26-28).

Las lesiones más comunes a nivel ocular son el lagofthalmos y la insensibilidad corneal. El lagofthlmo es el resultado de la parálisis de los músculos orbiculares de los párpados. No hay parpadeo y los ojos se encuentran abiertos, por esta razón, están expuestos a conjuntivitis, queratitis, ulceración corneal e infección intraocular (16,20,26-28).

El compromiso mucoso se inicia por la mucosa nasal y puede evolucionar hacia la perforación del tabique en su porción anteroinferior, también puede afectarse la mucosa orofaríngea y laríngea (16,20,26-28).

Clínicamente puede originar disfonía, estridor respiratorio y en casos graves puede incluso requerir traqueostomía por dificultad respiratoria (16,20,26-28).

La alteración del sistema nervioso periférico es de instalación lenta desde el inicio de la enfermedad, provocando una disminución de la sensibilidad con distribución simétrica hasta inclusive la anestesia en etapas más avanzadas (16,20,26-28).

La sensibilidad térmica es la primera en afectarse, seguida por la táctil y por último la dolorosa. Inicialmente se comprometen las superficies extensoras de

antebrazos, piernas, manos y pies para luego extenderse en forma proximal (16,20,26-28).

Los trastornos tróficos que aparecen por alteración nerviosa son: mal perforante plantar, úlceras de piernas y atrofia muscular; la debilidad que provoca esta última se inicia por lo general en manos y pies (16,20,26-28).

La lepra lepromatosa puede presentar compromiso sistémico debido al proceso infeccioso, a los fenómenos inflamatorios vinculables a episodios reaccionales y a la amiloidosis que provoca la infección crónica. Los órganos afectados con mayor frecuencia son: ganglios, hígado, bazo, riñón, testículo y ojos (16,20,26-28).

Lepra borderline o dimorfa (LB).

Constituye la parte central del espectro, entre los polos de alta (tuberculoide) y baja (lepromatosa) resistencia, pudiendo virar hacia cualquiera de ambos extremos. Inmunológicamente inestable, provoca además episodios reaccionales que generan compromiso neurítico severo con mayor riesgo de desarrollar discapacidades (16,20,26-28).

Clínicamente se caracteriza por presentar lesiones anulares, con zonas centrales que tienden a la curación, con aspecto de recorte de hostia y borde periférico más bien difuso (BB) (16,20,26-28).

Cuanto más se acerca hacia el polo de mayor resistencia, las lesiones se asemejan a la lepra tuberculoide, aunque más numerosas y de mayor tamaño (BT), por el contrario, cuando se acercan al polo de menor resistencia, las lesiones se asemejan a la lepra lepromatosa, pero sin presentar los estigmas de este extremo (BL) (16,20,26-28).

No presenta habitualmente compromiso de órganos internos ni de membranas mucosas.

Formas clínicas infrecuentes (16,20,26-28):

Lepra nodular infantil:

Variedad clínica benigna, se presenta en niños, hijos de familiares (intradomiciliarios) con formas multibacilares. Las lesiones asientan en áreas expuestas, cara, nalgas, miembros superiores, etc, son únicas o escasas (16,20,26-28).

No existe compromiso de nervios periféricos y órganos internos ni presenta episodios reaccionales. No evoluciona hacia otras formas clínicas por lo cual presenta pronóstico favorable. No requiere de tratamiento. La baciloscopia es negativa (16,20,26-28).

La lepra infantil es excepcional antes del año, las edades más frecuentemente afectadas son entre los 6 y 14 años. Las formas más frecuentes son la lepra indeterminada y tuberculoide, seguida por la forma borderline (16,20,26-28).

No se recomienda quimioprofilaxis en niños con contactos bacilíferos.

Lepra Histoide o de Wade:

Forma clínica poco frecuente que se da en pacientes con lepra lepromatosa o borderline lepromatosa que recibieron monoterapia con DAPS previamente. Sin embargo, existe en la literatura mundial, reporte de casos en los cuales esta forma clínica aparece como recaída después de tratamientos adecuados o como formas de novo(16,20,26-28).

Clínicamente se caracteriza por la presencia de tubérculos de gran tamaño, ampliamente distribuidos, de aspecto fibromatoso (16,20,26-28).

Lepra neural pura:

Forma clínica poco frecuente, se caracteriza por presentar pérdida de la sensibilidad a lo largo del territorio del nervio afectado, que además se encuentra engrosado. No presenta manifestaciones dermatológicas (16,20,26-28).

Maniobras para explorar sensibilidad: El enfermo deberá ser instruido respecto a las pruebas que se le van a realizar, tratando de contestar sin mirar. Se explorarán las lesiones cutáneas sospechosas y se deberán comparar con la piel aparentemente normal (16,20,26-28).

- La sensibilidad térmica se explorará usando dos recipientes adecuados, uno conteniendo agua caliente y la otra agua fría, se tocará alternadamente con cada uno la zona a explorar, el enfermo deberá contestar si siente frío o calor.
- La sensibilidad al dolor se investigará con una aguja estéril, tocando alternadamente con la punta o la cabeza del mismo, el paciente deberá contestar si toca o pincha.
- La sensibilidad al tacto se explorará con un trozo de algodón. Los troncos nerviosos periféricos deberán explorarse en ciertos lugares específicos, por ejemplo (26):
 - Cubital: canal epitrocleocraneano.
 - Mediano: canal del carpo, entre los tendones del palmar mayor y menor.
 - Ciático poplíteo externo: detrás de la cabeza del peroné.
 - Tibial posterior: por detrás del maléolo interno.
 - Rama auricular del plexo cervical superficial: zona lateral del cuello.

Examen bacteriológico

Nivel de atención: primer nivel. En caso de no haber bioquímico entrenado, se deberá derivar la muestra a un centro referencial. Se trata de un complemento del examen clínico que contribuye al diagnóstico, clasificación y elección del esquema terapéutico. Se analiza por campo la cantidad y morfología de los bacilos existentes (29,30).

En los pacientes MB se deberá realizar el examen al inicio y al finalizar el tratamiento, en los PB se realizará al inicio y en caso de aparecer episodios reaccionales se realizará un nuevo examen (29,30).

Se deberá tomar muestras de piel, mucosa nasal, lóbulo de oreja e impronta de la toma de biopsia.

De acuerdo a la morfología se clasifican en (31):

Sólidos o enteros: son los que aparecen teñidos uniformemente en toda su extensión. Son considerados bacilos vivos (31).

Fragmentados: pueden presentar pequeñas soluciones de continuidad en su coloración o bien una o dos zonas sin teñir a lo ancho del bacilo, tomando el aspecto de dos o tres bastoncitos más cortos (31).

Son considerados bacilos muertos, frecuentemente observados en muestras de pacientes que finalizaron el tratamiento (31).

Granulosos o arrosariados: son los que presentan muchas zonas sin teñir a todo lo ancho, dando la imagen de pequeños gránulos dispuestos en rosario. Son considerados bacilos muertos, frecuentemente observados en muestras de pacientes que finalizaron el tratamiento (31).

Bacilos en acúmulos o globi: agrupación típica de la forma lepromatosa. Es el contenido de un Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra macrófago en el que los bacilos se han multiplicado hasta reemplazar su citoplasma (31).

Tratamiento

Nivel de atención: primer, segundo o tercer nivel de atención.

El tratamiento de la lepra es un componente fundamental del Programa de Control. Consiste en una estrategia organizada que tiene como finalidad principal cortar la cadena de transmisión, tratando a todos los casos conocidos dentro de la comunidad con un régimen medicamentoso eficaz, de fácil aplicación y mínimos efectos secundarios, asegurando regularidad en la toma y duración adecuada del mismo (29-31).

El tratamiento supervisado no sólo permite vigilar la toma de la droga, sino mantener contacto en forma permanente con el enfermo, realizar la anamnesis, examen físico, aparición de posibles reacciones adversas o complicaciones y control bacilosκόpico cuando sea necesario (29-31).

Se considerará paciente curado cuando finalice el tratamiento adecuadamente en el período de tiempo estipulado (12 dosis en plazo máximo de 18 meses en pacientes MB y 6 dosis en plazo máximo de 9 meses en pacientes PB), de no cumplirse con estos requisitos, se considerará abandono o incumplimiento del mismo y deberá reiniciarlo (29-31).

Todos ellos se administran por vía oral. La monoterapia con cualquiera de los fármacos disponibles es considerada iatrogénica, por lo cual está definitivamente contraindicada su prescripción (25).

En la actualidad se utiliza el esquema PQT recomendado por la OMS en 1982 en el cual es imprescindible dividir en dos categorías a los pacientes: MB y PB. El esquema consiste en administrar una toma mensual supervisada y una toma diaria autoadministrada, combinando de dos a tres drogas: rifampicina, clofacimina y dapsona (25).

Es seguro para la mujer y su bebé durante el embarazo y lactancia. Pueden administrarse a pacientes HIV (+) en tratamiento antirretroviral y a pacientes en tratamiento para tuberculosis (25).

Control atención primaria.

Deberá realizarse un diagnóstico de situación en cada lugar donde se detecte un paciente con enfermedad de Hansen ya que el mayor porcentaje de posibles nuevos casos surgirán del entorno íntimo del paciente; es importante durante la anamnesis establecer condiciones de vida del paciente, grupo familiar, social, entorno laboral y contactos interhumanos en cada ámbito (31,32).

Los contactos deben ser citados a los centros más cercanos a su domicilio a fin de detectar precozmente un paciente enfermo y de esta manera poder actuar oportunamente. En caso de no resultar, los centros de atención deberán efectuar visitas programadas a las zonas referidas por el paciente (31,32).

Los centros de atención deben interactuar con la comunidad a fin de educar e informar a cerca de aspectos básicos de la enfermedad (qué es, como se contagia, cuáles son sus manifestaciones, cómo es su tratamiento y seguimiento) recalando siempre la importancia de tratarse de una enfermedad

que tiene cura. De esta manera se evitarán los prejuicios tan estigmatizantes de esta patología (31,32).

Debido a que la enfermedad de Hansen puede alterar la estructura y funcionamiento de algunas partes de cuerpo, se suele identificar la misma con atributos profundamente desacreditadores (31,32).

Es decir que se estigmatiza a la persona afectada y el grado de estigmatización se expresa en la caracterización, que social e históricamente, se ha hecho de la enfermedad (31,32).

Por lo tanto, para el control de la lepra, y para la reducción de los prejuicios, se hace necesario neutralizar el rechazo de quienes no padecen Hansen y, por otro lado, promover el no ocultamiento de quienes, si lo padecen, ya que de lo contrario se permite la continuidad de la cadena de transmisión (31,32).

Vencer a la enfermedad no sólo requiere la colaboración de las autoridades sanitarias, del equipo de salud, sino también de la comprensión y concientización de la sociedad en su conjunto. En esta lucha la prevención es vital, ya que localizar a los enfermos precozmente reduce las lesiones físicas y acelera la curación (31,32).

También se hace necesario fomentar e instalar el mensaje de que la enfermedad tiene cura y los enfermos, diagnosticados y bajo tratamiento, pueden desarrollar sus actividades laborales y sociales sin ningún impedimento. Se requiere de un equipo multidisciplinario para llevar a cabo en forma permanente, la tarea de vigilancia de contactos (31,32).

Se hace necesaria la apertura de espacios educativos y de participación comunitaria con temas relacionados con las diferentes enfermedades infecciosas que pueden afectar la salud de la comunidad, entre ellas la lepra; el incremento de los conocimientos puede conllevar a una participación más efectiva en los programas de prevención y control (31,32).

Duran coincide con el planteamiento anterior, al inferir que la labor preventiva se hace más efectiva si se trabaja con los individuos en su lugar de residencia y con la familia, que debe poseer mecanismos internos de regulación (31,32).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados a la lepra en adolescentes pertenecientes al consultorio No.7 del área de salud del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre julio 2017 a julio 2018.

Universo y muestra

El Universo estuvo constituido por 156 adolescentes pertenecientes al área de salud antes referida en Ciego de Ávila, en el periodo de estudio antes comprendido. La muestra fue conformada por 29 adolescentes a través de un muestreo aleatorio simple, por cumplir con los criterios de inclusión del estudio y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 18 años que dieron su disposición para participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con discapacidad mental.

Criterios de Salida:

1. Pacientes que decidan retirarse de la investigación.

Métodos de obtención de información

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó inicialmente un cuestionario de recogida de información (ver anexo II), luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III) diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con la enfermedad de la lepra en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una vez concluida la intervención, para de esta forma dar salida a

los objetivos específicos.

La intervención educativa consistió en el diseño de un programa que constó con las siguientes subetapas:

- Técnica inicial de familiarización.
- Exploración individual del conocimiento.
- Integración del conocimiento. Colectivización.
- Formulación de los objetivos y de los temas a impartir.
- Implementación. Técnicas de análisis y reflexión.
- Retroalimentación: permitirá conocer si se cumplieron los objetivos trazados y la devolución de los resultados a todos los participantes en el estudio, se compartirá con ellas el diagnóstico obtenido y el resultado de las evaluaciones.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapla diagnóstica: Los conocimientos sobre la lepra fueron identificadas utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapla de intervención propiamente dicha: Cada intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrolló 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapla evaluación: Se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los sesgos acerca de la problemática estudiada en la comunidad.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Animación: Objetivo principal es animar, crear un ambiente fraterno y participativo. Estas técnicas deben ser activas, tener elementos que permitan relajarse a los participantes, deben tener presente el humor.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Generalidades de la lepra.	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio. Insatisfactorio.	Según nivel de conocimientos recogido en el cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Formas de transmisión	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio. Insatisfactorio.	Según nivel de conocimientos recogido en el cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Formas clínicas	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio. Insatisfactorio.	Según nivel de conocimientos recogido en el cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sospecha de Lepra	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio. Insatisfactorio.	Según nivel de conocimientos recogido en el cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información que fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Se aplicó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de la lepra, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención educativa está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación.

La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Generalidades de la lepra, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	2	6,9	20	69,0
Insatisfactorio	27	93,1	9	31,0
Total	29	100,0	29	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre generalidades de la lepra, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 2 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre las generalidades de la lepra para un 6,9% del total mientras que 27 de ellos (93,1%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 20 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 69,0%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Las determinantes de los niveles de salud son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

El enfoque de los factores de riesgo de la lepra con las determinantes de salud permitirá establecer relaciones más directas entre la enfermedad y sus causas fundamentales, conocer la importancia relativa de los diversos factores contribuyentes, del ambiente natural y social que afectan la salud, así como las conductas de salud personal y poblacional; permitirá incrementar la calidad de la atención de salud en los pacientes con lepra. De ahí la motivación para la realización la presente investigación.

Diferentes investigadores abordan el tema la enfermedad de lepra. En el estudio de Oramas Fernández y colaboradores, encontraron que el 70 % de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente, al explorar el conocimiento que tenía sobre esta se observó un deficiente conocimiento sobre esta, lo cual deduce la importancia de la intervención comunitaria con el objetivo de modificar estilos de vida y promover conductas de salud saludables (37).

Tabla 2. Forma de transmisión de la lepra, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	6	20,7	24	82,8
Insatisfactorio	23	79,3	5	17,2
Total	29	100,0	29	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados a la forma de transmisión y evolución de la lepra, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 6 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 20,7% de la muestra mientras que 23 de ellos (79,3%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 24 (82,8%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

Todavía no se conoce exactamente la vía de transmisión del agente patógeno de la lepra, aunque es conocido que la lepra se transmite a través del contacto prolongado, a menudo entre las personas que viven la misma casa.

Si alguien está tomando antibióticos para la enfermedad, sin embargo, la bacteria no se puede transmitir a otras personas, de acuerdo con los Centros de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades. La lepra es causada por una bacteria a la que 95% de las personas son naturalmente inmunes. Además, aunque puede permanecer latente en el cuerpo hasta 20 años, la mayoría de las personas nunca desarrollan la enfermedad (16).

Tabla 3. Formas clínicas de presentación, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	14	48,3	27	93,1
Insatisfactorio	15	51,7	2	6,9
Total	29	100,0	29	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre su forma clínica para el diagnóstico de lepra, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 14 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 48,3% del total mientras que 15 de ellos (51,7%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 27 para un 93,1% que resultó en un aumento porcentual considerable, suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

La presentación clínica de la enfermedad de Hansen es variable debido a su amplio espectro de manifestaciones, por lo cual, en algunos casos, es

considerado un desafío para el equipo de salud poder arribar al diagnóstico de lepra.

La lepra puede manifestarse con un amplio espectro de formas clínicas, desde la lepra paucibacilar con escasas lesiones localizadas y baja concentración bacteriana, hasta la lepra multibacilar con lesiones generalizadas, elevada concentración bacteriana y posibilidad de comprometer órganos internos.

La forma clínica adquirida depende de la inmunidad celular del huésped, cuando esta es mínima, se desarrollará una forma lepromatosa (multibacilar) y cuando es adecuada, una forma tuberculoide (paucibacilar) (16).

Tabla 4. Sospecha se lepra, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	1	3,4	19	65,5
Insatisfactorio	28	96,6	10	34,5
Total	29	100,0	29	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre cuándo sospechar de la enfermedad de la lepra, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que, en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 1 de los participantes presentaba un nivel de conocimientos adecuado sobre síntomas sospechosos mencionados para esta enfermedad para el 3,4% de la muestra, y 28 personas (96,6%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 19 de los participantes para un 65,5% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Ante la sospecha de lepra es importante conocer si el paciente procede o no de área endémica, antecedentes de contactos con otros enfermos de lepra, el tipo de signo-sintomatología (hiperestesia, hipoestesia, hormigueos, disminución de fuerza, epistaxis, lesiones cutáneas o mucosas.) y tiempo de evolución.

De ahí parte la importancia de programas de pesquisa y promoción de salud educativa en la comunidad o atención primaria donde paciente deberá ser instruido respecto a las pruebas que se deben realizar, y explorar así las lesiones cutáneas sospechosas que se deberán comparar con la piel aparentemente normal (16).

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimiento general sobre la lepra, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	4	13,8	25	86,2
Insatisfactorio	25	86,2	4	13,8
Total	29	100,0	29	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimiento general sobre lepra evaluado en múltiples aspectos anteriormente tratados, y medido antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 4 de los participantes presentaron un nivel de conocimiento general adecuado, para un 13,8% del total, mientras que 25 (86,2%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario para las diferentes preguntas ya expuestas en tablas anteriores.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimiento general adecuado aumentó hasta 25 participantes (86,2%) y este elevado número, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Si bien la magnitud de la endemia es moderada y la morbilidad global por lepra es baja comparada con otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales,

permanentes y progresivas que produce, de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, regular y completo.

Deberá realizarse un diagnóstico de situación de salud en cada lugar donde se detecte un paciente con enfermedad de Hansen ya que el mayor porcentaje de posibles nuevos casos surgirán del entorno íntimo del paciente (10).

Es por eso que se hace necesaria la apertura de espacios educativos y de participación comunitaria con temas relacionados con las diferentes enfermedades infecciosas que pueden afectar la salud de la comunidad, entre ellas la lepra; el incremento de los conocimientos puede conllevar a una participación más efectiva en los programas de prevención y control.

Duran, coincide con el planteamiento anterior, al inferir que la labor preventiva se hace más efectiva si se trabaja con los individuos en su lugar de residencia y con la familia, que debe poseer mecanismos internos de regulación (10).

CONCLUSIONES

La intervención educativa resultó efectiva en todos los adolescentes al elevar el nivel de conocimiento sobre LEPRa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Gala A et al. Lepra por municipios y sus prioridades. Cuba 1999-2002. Rev Cubana Med Trop 2016; 58(1) Disponible en URL: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?methodshowDetail&id_articulo=37063&id_seccion=595&id_ejemplar=3829&id_revista=71
- 2- Reid A, Scano F, Getahun H et al. Towards universal access to HIV Prevention, treatment, care and support: the role of Lepra / HIV collaboration. The Lancet Infectious Diseases 2016 ; 6 :483-495. Disponible en : <http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473309906705497/fulltext>
- 3- Marrero Figueroa A, Carreras L, Santín M. El programa de control de la Lepra en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integral 1996; 4 (12): Disponible en URL: http://bvvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi10496.htm
- 4- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Presentación lepra en las regiones de las Américas 2013. [www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=Lepra en la Región de las. Américas](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=Lepra%20en%20la%20Regi3n%20de%20las%20Am3ricas), 2013. Programa Regional de Lepra. Unidad de Control de Enfermedades. Consultado 19 de enero de 2016.
- 5- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Lepra. MINSAP. Ciudad de la Habana; 1998.
- 6- Esmérida Deliste Griñan Ana, Ribeaux Martínez Mislay, Cano Reyes Josefina et al. Modificación de conocimientos sobre lepra en la atención primaria de salud. MEDISAN [serie en Internet]. 2011 [citado 9 Jun 2016]; 15(6): [aprox. 1 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600004&lng=es.
- 7- Organización Panamericana de la Salud. Informe Conferencia OPS-OMS sobre la eliminación de la lepra en las Américas. Brasilia: OPS/OMS, 2015:27-9.
- 8- Pérez Giliberti José, Gutiérrez Villa Norman, Pestano Reyes Zonia Alejandrina et al. Comportamiento clínico-epidemiológico de la Lepra en el municipio Morón durante el Quinquenio 2004-2008. Rev. MediCiego [serie en Internet] 2008 [citado 9 jun 2014]; 15(2): [aprox. 1 p.]

Disponible

en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_02_09/articulos/a2_v15_02_09.htm

- 9- Ortega González LM. Lepra (Enfermedad de Hansen). Principales afecciones del individuo con el contexto social y familiar. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. P. 430-34.
- 10- Orihuela de la Cal JL, Gómez Vital M, Orihuela de la Cal ME, Machado Domínguez H. Prevalencia de la lepra en la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 14(6): 586-89.
- 11- Rivero Reyes Eduardo, Barrios Martínez Zoila, Berdasquera Corcho Denis.et.al. La lepra: un problema de salud global .RevCubMed Gen Integr. [serie en Internet].2009[citado 9 jun 2016];25(1):[aprox.1.p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100010&lng=es.
- 12- Matos RO, de Souza Monteiro AP, de Barros Pontes L, do Socorro dos Santos Campos M, Ribeiro Teixeira R. Tratamento da hanseníase em uma unidade básica de saúde. RevMed. 2015; 16(4):37-40.
- 13- Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Lepra. Informe de la Reunión Técnica OPS-OMS de consulta sobre la eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel sub-nacional poseliminación de la lepra. La Habana: OPS/OMS, 1998.
- 14- Lombardi Clovis, Martoll Celina, AlmeldaSimonne, Gil Reinaldo. La eliminación de la Lepra de las Américas; situación actual y perspectivas. RevPanam Salud Pública 1998; 4 (3):149-154.
- 15- Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud, 2001.
- 16- Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. ActasDermosifiliogr. 17 de julio de 2014;
- 17- Una guía para el control de la lepra. Segunda edición. Leprología Básica. Ministerio de Salud de la Nación. Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Área programática. 2014.

- 18- Cardona Castro NM, Bedoya Berrío G. Lepra: enfermedad milenaria y actual. *latroeia* 2014; 24: 51-64.
- 19- Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1999; 67:119-128.
- 20- Bolognia, Jean L, Joseph L Jorizzo, y Julie V Schaffer. *Dermatology*. [S.l.]: Elsevier Saunders, 2014.
- 21- Faizal M, Rincón G, Betancourth M, Calderón CA y cols. Guía de atención de la lepra. *Medicina & Laboratorio* 2014; 17:359-388
- 22- Boletín Epidemiológico Anual 2010. Ministerio de Salud., s. f. http://msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/PANELES/bep-anual-2010/BEPANUAL_2010.pdf.
- 23- WHO. Weekly epidemiological record. *Relevéépidémiologiquehebdomadaire.* 2014; 87: 317–328.
- 24- Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Programa de Accion para la Eliminación de la Lepra. WHO. *Leprosyreview.* 1996;15.
- 25- Pannikar V. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: 2011-2015. *Lepr Rev.* diciembre de 2015;80(4):3534.
- 26- International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP). *Learning Guide One: How to diagnose and treat leprosy.* 2001
- 27- Ramos-e-Silva M, Rebello PF. Leprosy. Recognition and treatment. *Am J ClinDermatol.* 2014;2(4):203-11.
- 28- Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. / [edited by] Lowell A. Goldsmith. [et al.]. New York: McGraw-Hill Professional; 2015.
- 29- Di Martino Ortiz B, Rodriguez Masi M, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L. Lepra infantil: presentación de un caso: childhood Leprosy: report a case. *Fontilles, Rev. Leprol.* 2015; 28:5-10
- 30- Ferrer M, Vereá A, Pecotche D, Ivanov M, Lucini D. Lepra histioide de WadeArch. *Argent. Dermatol.* 2015; 60:111-114.
- 31- Guía de procedimientos técnicos: baciloscopia em hanseníase. 2010. Ministerio DA Saúde

- 32- Van Veen NHJ, Lockwood DNJ, Van Brakel WH, Ramirez J Jr, Richardus JH. Interventions for erythema nodosumleprosum. A Cochrane review. *Lepr Rev.* diciembre de 2016;80(4):355-72.
- 33- Oramas Fernández DK, Cruzata Rodríguez L, Sotto Vargas JD, PoulotLimonta S. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2009 oct-dic [citado 10 abril 2016];25(4):113-140. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000400008&script=sci_arttex
- 34- Cortez Franco DF, Ángeles Paredes L. Lepra indeterminada. *Dermatol Peru* [Internet]. 2007 may-ago [citado 10 abril 2016];14(2):1405-8. Disponible en: http://www.revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S102871752004000200009&s cript=sci_arttext
- 35- Acosta Piedra Y, Piedra Herrera B, Bandera Rodríguez O, Suárez Díaz T. Tuberculosis pulmonar en un paciente con lepra lepromatosa. Presentación de un caso. *Rev. Med. Electrón* [Internet]. 2011 ene-feb [citado 10 abril 2016];33(1):11-32. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16848242011000100016
- 36- Soprani dos Santos A, Silveira de Castro D, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *RevBrasenfermBrasilia* [Internet]. 2008 [citado 10 abril 2016];61:738-43. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf>
- 37- Oramas Fernández DK, Cruzata Rodríguez L, Sotto Vargas JD, PoulotLimonta S. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. *Rev Cubana MedGenIntegr* [Internet]. 2009 oct-dic [citado 10 abril 2017];25(4):113-140. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000400008&script=sci_arttex.

ANEXOS

Anexo I.

ACTA DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Policlínico Docente “Juan Olimpio Varcazel” de Venezuela

Departamento de Medicina General Integral.

Ciego Ávila

El que suscribe:_____ doy mi conformidad para participar en la investigación para elevar conocimientos sobre la lepra en los adolescentes. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra. Dayaima Reley Iturralde quien me ha informado que:

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201__.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

Policlínico Docente “Juan Olímpio Varcazel” de Venezuela

Departamento de Medicina General Integral.

Cuestionario de recogida de información.

Preguntas del cuestionario

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

1 – ¿Conoce usted lo que es Lepra? Marque con una x las que considere correcta.

- a) ☐ Enfermedad de Hansen es una enfermedad bacteriana crónica de la piel.
- b) ☐ Enfermedad viral asociada a infecciones respiratorias que se manifiesta en lesiones escamosas en la piel
- c) ☐ Lesiones precoces, usualmente máculas hipopigmentadas, sin desarrollo de lesiones de formas tuberculoide o lepromatosa.
- d) ☐ Es un germen transmisible, que requiere condiciones especiales para manifestar su patogenicidad.
- e) ☐ No sé.

2- ¿Conoce usted sobre su forma de transmisión y evolución de la enfermedad? Marque con una x la que considere correcta.

- a) ☐ Se considera que el ser humano enfermo es la única fuente de infección
- b) ☐ Contacto con un paciente bacilífero que elimina grandes cantidades de bacilos a través de secreciones nasales.
- c) ☐ Contacto íntimo y prolongado. Esto no sólo incluiría al contacto intradomiciliario, sino también el contexto social y laboral
- d) ☐ Contactos con roedores y animales domésticos susceptibles de al germen.

e) ____ Es una enfermedad hereditaria.

3- ¿Conoce usted la forma clínica de presentación de la lepra para su diagnóstico?

Marque con una x la que considere correcta.

- a) ____ Lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas, con pérdida bien definida de la sensibilidad.
- b) ____ Pérdida de sensibilidad y de fuerza en manos, pies o cara.
- c) ____ Heridas o quemaduras indoloras en las manos o pies
- d) ____ Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies.
- e) ____ Inflamación o presencia de nódulos en la superficie corporal.
- f) ____ catarro y tos seca.
- g) ____ Ninguno de los anteriores.

4- ¿Conoce usted como se puede sospechar de la enfermedad de la lepra?

Marque con una x la que considere correcta.

- a) ____ Cuando se pierde la sensación de frío o calor en la exploración de dos recipientes de agua fría y caliente.
- b) ____ Cuando hay pérdida de los dientes
- c) ____ Cuando hay intoxicaciones de la piel y la mucosa bucal.
- d) ____ Cuando al explorar con una aguja, tocando alternadamente con la punta o la cabeza del mismo, no se siente nada.
- e) ____ Cuando presenta visión borrosa y malestar en el cuerpo.
- f) ____ Nunca.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos a,b

Incorrectas: Contestar incisos c,d,e.

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso 1

Incorrectas: Contestar inciso 2

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7

Incorrectas: Contestar incisos 3.1, 3.5.

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos 4.1, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7.

Incorrectas: Contestar incisos 4.2, 4.6.

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2preguntas.

Anexo III

Policlínico Docente “Juan Olímpio Varcazel” de Venezuela

Departamento de Medicina General Integral.

Programa de intervención educativa

Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimiento de los grupos seleccionados sobre la enfermedad de la lepra por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en adolescentes de riesgo.

Específicos:

Definir el concepto de la lepra.

Mencionar las formas de transmisión.

Explicar las formas clínicas de presentación de la lepra.

Describir síntomas de sospecha de presentación de la lepra.

Sección No.1

Tema: Introducción al programa Educativo.

Objetivos:

- Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
- Presentar el curso y sus objetivos.
- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas

Actividades:

Introducción: Se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: “Presentación Cruzada”, esta consiste en: se le indicó al grupo que intercambiara información acerca de sus conocimientos de la lepra.

Actividad Principal: Se abordan los temas relacionados con la investigación, se tiene en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos y Material Mimeografiado.

Sección. No.2

Tema: Introducción sobre la enfermedad de lepra.

Objetivos:

- Mostrar aspectos de la lepra
- Definir el concepto.

Actividades:

Introducción: Se explicaron las principales características de la lepra, haciéndose énfasis en su definición.

Actividad Principal: mediante la lectura dirigida se expuso la definición de la lepra. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: Se aplicó la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes “explotan” lo cual determinó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

Sección No. 3

Tema: Forma de transmisión y evolución de la lepra.

Objetivos:

- Explicar las principales formas de transmisión e infección de la lepra.
- Mostrar la forma de evitarlas.

Actividades:

Introducción: Se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidas en el encuentro precedente.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expusieron las principales características de la lepra y sus formas más comunes de infección, posteriormente, se le mostró un vídeo, que trataba algunos aspectos del tema, aplicándose la técnica Juego de Película, adaptada por la autora, que consiste en: Se divide el grupo en dos equipos que se identifican por los colores Verdes y Blancos. Un equipo selecciona una parte del vídeo relacionado con el tema (Previamente consultado con la autora). Posteriormente se escoge al azar a un miembro del otro equipo y se le comunica en secreto la parte seleccionada. Este tiene que ilustrar a su equipo a través de la mímica rasgo de la parte seleccionada. Útil para resaltar la importancia del lenguaje no verbal.

Cierre: Se empleó una técnica de animación: dar y recibir aprecio. Todos los sujetos sentados en círculo, de izquierda a derecha, el que le dio aprecio lo reciben, luego este se expresa en voz alta para que todos los escuchen. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

Sección No. 4

Tema: Forma clínica de presentación de la lepra, Diagnóstico.

Objetivos:

1. Explicar las formas clínicas más frecuentes de la lepra.
2. Definir el diagnóstico de la lepra.

Actividades:

Introducción: Esta sección se iniciará con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: Se inicia la sección con una conferencia por parte de la autora de la investigación, sobre las formas clínicas de presentación más común de la lepra y como llegar a su diagnóstico; luego a través de la técnica participativa, Lluvia de Ideas. Se les solicitó a los sujetos que mencionaran las formas clínicas de la lepra y su sintomatología, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar la autora expuso cual sería el más importante para las pacientes.

Cierre: Se aplicó la técnica: temores y esperanza que consiste en que cada una de las pacientes exponga sus temores y esperanzas sobre el tema tratado, lo cual va seguido de un resumen de aquellos que se consideren los principales síntomas que fueron debatidos.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

Sección No 5

Tema: Cuando estamos en presencia de la enfermedad de la lepra.

Objetivos:

1. Enseñar la técnica de diagnóstico más preciso en la atención primaria.
2. Explicar la importancia de la pesquisa en la comunidad.
3. Enseñar las características de presentación y sospecha de la lepra.

Actividades:

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro, se escogieron a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisiera relatar una fábula.

Actividad principal: En los dos subgrupos se les entregó a los sujetos, de forma mimeografiada una situación, que simuló un problema de salud, para que lo lean y analicen lo que se trata es de reconocer las técnicas presentes en cada situación, se tiene en cuenta que ya se conocen las principales técnicas de pesquisa y diagnóstico de la lepra. Posteriormente se realiza una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada subgrupo. La técnica fue escrita en una pizarra que permitió al final de la discusión establecer un debate que involucró a todos los participantes, lo que fue dirigido por el moderador quien enfatizó en las características presentes que pudiera estar presente ante la enfermedad de lepra.

Cierre: Se aplicó una técnica de “La Papa Caliente”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se pidió que lo circularan al ritmo de la música. Al detenerse el sonido quien tenía el preservativo debía explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrige en el grupo y se entrega otro preservativo a los participantes, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas.

Etapas de Evaluación

En la tercera etapa, se aplicó por segunda vez el mismo cuestionario una vez impartido el programa educativo, donde se pudo valorar y elevar el nivel de conocimientos de los pacientes estudiados.

Análisis de los Datos:

A la información obtenida en el cuestionario sobre la lepra, se le realizó un análisis cualitativo, para lo cual se utilizó el programa EXCEL, las dos fases de estudio (antes y después de la aplicación del programa educativo) fueron confrontadas, comparando los resultados y expresándolo en tablas en forma de por cientos.

El procesamiento de la información, incluyó el cálculo de medidas descriptivas para variables cualitativas como las frecuencias absolutas y porcentajes, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows utilizándose

un laptop marca ASUS, con una confiabilidad del 95 %. Los resultados se ilustraron en tablas en forma de por cientos, comparando los resultados antes y después de la aplicación de la intervención educativa.