

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.

Dr. JOSÉ ASSEFYARA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE NORTE MORÓN

DIEGO DEL ROSARIO

Análisis del cumplimiento del Programa para el Control y
Tratamiento de la Lepra en el Área de Salud Norte del municipio
Morón.

Autor: Dr. Pablo Andrés Vergara Candela

Residente de Segundo Año en Medicina General Integral.

2015.

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.

Dr. JOSÉ ASSEFYARA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE NORTE MORÓN

DIEGO DEL ROSARIO

Análisis del cumplimiento del Programa para el Control y
Tratamiento de la Lepra en el Área de Salud Norte del municipio
Morón.

Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.

Autor: Dr. Pablo Andrés Vergara Candela

Residente del Segundo Año en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Alina Báez Portal.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesora Instructora.

2015.

Pensamiento

Podemos ser lo más realistas posibles, pero intentaremos hacer lo imposible realidad, lo imposible es lo que nadie ha hecho, por eso le llamamos imposible, pero en realidad no hay nada imposible sino difícil.

Ernesto Che Guevara

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a los que de alguna forma, de forma desinteresada y con deseos me ayudaron con la aspiración de culminar felizmente la realización de mis pretensiones profesionales y que contribuyeron a materializar el presente proyecto, en especial a mi esposa, mi hija, mi madre, mis hermanos, y a todos los que aportaron lo que estimaron en la cristalización de mis ideas...

DEDICATORIA .

A mi esposa. Por ser el amor de mi vida, porque con ella lo puedo todo.

A mi Hija. Por ser la fuente de mi inspiración, por su Dulzura, por ser tierna y pura.

A mi Madre. Por apoyarme incondicionalmente en este intento.

A mis Hermanos. Por su paciencia desmedida.

A mi País. Por haber confiado en mí.

A Fidel y a la Revolución Cubana por la oportunidad que me han brindado.

A mi tutora: **Dra. Alina Báez Portal** por haber contribuido en mi formación, por su dedicación, ayuda, consejos e ideas que ayudaron a la gestación y terminación de este trabajo.

Mi especial agradecimiento a un grupo de amigos y compañeros sin cuya ayuda y colaboración no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

A TODOS y cada uno de los que de una forma u otra han colaborado con la realización de este trabajo.

... .. ¡! **MUCHAS GRACIAS!!**...

RESUMEN

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con diseño observacional descriptivo para evaluar el cumplimiento del Programa para el Control y Tratamiento de la Lepra en el periodo comprendido entre el primero de marzo del 2013 hasta el primero de febrero del 2015 en el área de salud norte del Municipio de Morón. Se trazaron objetivos específicos como Identificación de la población de riesgo. Mencionar factores de riesgo más frecuentes. Precisar la realización de examen Clínico-dermato-neurológico de la población de riesgo. Cumplimiento de tratamiento controlado y seguimiento de enfermos, administración de tratamiento profiláctico a contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios. Interconsulta con dermatólogo. Nivel de educación sobre prevención de discapacidades. Caracterizar los casos según características clínico epidemiológico. Identificar causas de incumplimiento del programa. Proponer Plan de Acción para cumplir con el control y tratamiento de la Lepra. El riesgo de Lepra se encuentra identificado en 7 Consultorios, el examen clínico-dermato-neurológico se realiza en 8 Consultorios, el tratamiento y el seguimiento es correcto en 9 consultorios, el tratamiento profiláctico solo se realiza adecuadamente en 7 Consultorios, Todos los Consultorios tienen evaluados a los pacientes con Lepra por el Dermatólogo, no existe una buena cultura de prevención en relación con la Lepra; la Lepra Lepromatosa es la más frecuente, la inestabilidad del Médico de la Familia y la Inasistencia de los pacientes a consulta se encuentran entre las causas más frecuentes de incumplimiento de los indicadores del Programa Nacional para el Control y Tratamiento de la Lepra.

PALABRAS CLAVES: Lepra / Programa para el Control y Tratamiento de la Lepra

ÍNDICE

1.0. INTRODUCCIÓN	1
2.0. MARCO TEORICO	7
2.1. Fundamentación gnoseológica de la Lepra	18
2.2. El mal de San Lázaro.....	19
2.3. Inicio del conocimiento científico de la enfermedad	20
2.4. Primeros esquemas de tratamiento.....	22
2.5. Primeros antecedentes históricos de la Lepra en Cuba	24
2.6. La lepra en Cuba después del triunfo revolucionario	26
3.0. MATERIALES Y MÉTODOS	30
3.1. Principales variables	32
3.2. Técnicas de procesamiento de la información	36
4.0. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
5.0. CONCLUSIONES	49
6.0. RECOMENDACIONES	50
7.0. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

1.0. INTRODUCCIÓN

La Lepra es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y también los ojos, además de algunas otras estructuras. Ocurre en personas de cualquier edad y de ambos sexos.

El agente causal es el *Mycobacterium Leprae*. El microorganismo aún no ha sido cultivado in Vitro; el tiempo de multiplicación de este bacilo es lento entre 11 y 16 días. Es un organismo intracelular obligado con afinidad Schwann y del sistema retículo endotelial.

El reservorio es el hombre, se ha encontrado en forma natural en armadillos silvestres y dos primates importados a Estados Unidos. (1)

Sobre el modo de transmisión en general se acepta que es importante un contacto estrecho y prolongado con el enfermo no tratado. La principal vía de eliminación y penetración de los bacilos al organismo son las vías respiratorias superiores y posiblemente penetren a través de la piel no íntegra. Los pacientes multibacilares son los de mayor importancia epidemiológica en la transmisión de la enfermedad.

La lepra es una enfermedad muy antigua, su existencia se remonta a 4300 años a.n.e. Los primeros casos se describieron en África central, son los fenicios conjuntamente con los egipcios y hebreos los que difunden la enfermedad por las costas mediterráneas y atlánticas de Europa y África y más tarde la diseminan los cruzados por toda Europa. Llega a las Américas con el tráfico de esclavos. El primer indicio en el país data del 17 de enero de 1613. (2)

Este bacilo fue descubierto por el médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen en 1873, pero no fue hasta siete años después que se aceptó gracias al alemán Albert Neisser, que logró teñir las micobacterias. Fue una enfermedad bien reconocida en las antiguas civilizaciones. Nunca podrá calcularse el número de personas que a lo largo de milenios, sufrieron la evolución crónica de desfiguraciones incurables y discapacidades físicas. (3)

Las principales zonas endémicas del planeta son el sur y sureste de Asia, África Central Tropical, Mesoamérica 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 (hab). 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. Se estima aproximadamente en un millón y medio el número de casos concentrados en los 5 países de mayor endemicidad de estos 16 (India, Nepal, Sudán, Madagascar y Brasil). (4,5)

Es una enfermedad de desigual distribución mundial y representa un problema de salud de índole universal. Según cálculos de la OPS, la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2,4 millones de casos para una tasa de 5,0 x 10 000 habitantes en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más decisivas que el mismo clima. Aunque endémica históricamente de estas regiones, es un error circunscribirla solamente a ellas, como plantean algunos autores. No obstante, en la actualidad mantiene niveles mayores de morbilidad en países del tercer mundo, donde subsisten los mayores índices de pobreza, hambre, analfabetismo, hacinamiento e insalubridad, superiores a los de otras regiones del mundo. (6)

Con el incremento de las enfermedades no transmisibles, se plantea que las actividades de control resultan ineficaces si no se tienen en cuenta las creencias, hábitos y costumbres de las personas involucradas en ellas, lo cual reviste gran importancia en relación con la Lepra, posiblemente la única de todas las afecciones transmisibles que por las deformidades o incapacidades físicas que provoca, todavía es motivo de rechazo social.

Es necesario identificar tanto las manifestaciones precoces como aquellas que hagan sospechar la presencia de la enfermedad, en cualquiera de sus estadios clínicos como: caída de la cola de las cejas, manchas de cualquier tipo y ulceraciones o pérdida de tejidos en diversas partes del cuerpo, calambres en brazos y piernas, sangramiento y obstrucción nasal sin causa conocida. (7,8)

Cada año se detectan en todo el mundo más de 600 mil nuevos casos, un 15% de los cuales son niños. La Organización Mundial de la Salud (OMS) espera que la Lepra sea eliminada, pero su erradicación será más difícil porque no existe una vacuna.

En 1990 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de "Eliminar la Lepra como problema de salud pública" para el año 2000, lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 por 10 000 habitantes, por lo que esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado. (9) Una de las acciones fundamentales en la estrategia de eliminación de la Lepra es la estratificación, metodología esta que permite identificar territorios geográficos y grupos poblacionales que por su situación epidemiológica, espacial o ambas, deben ser priorizados para un determinado programa o actividad, con el objetivo de lograr el mayor impacto posible con la menor inversión de recursos. En el caso de la Lepra se suma un hecho aceptado universalmente, aunque no profundamente explicado; existen diferencias importantes entre los países, las provincias y los municipios; incluso entre diferentes barrios y comunidades incluidos en una misma unidad político-administrativa. (10)

En el 2005 en el hemisferio occidental se registran 336 mil casos al año. Las cifras mundiales acusan unos 5,25 millones de casos denunciados mientras los afectados sumarían 10 millones. Conforme al pronóstico de que cada año se diagnostican en Cuba entre 200 y 300 nuevos casos de Lepra, un total de 266 pacientes siguieron tratamiento médico en la Isla durante el 2004, período en el que se registraron 17 nuevos reportes en la provincia de Ciudad de La Habana, dos más que en el año anterior. (7, 11)

En los últimos tres años se ha notificado un incremento de la Lepra en el municipio de Morón con tasas que van desde 4.8×10^{-5} en el 2007 y 2008 hasta 14.09×10^{-5} en el 2010; donde el área de salud Norte es la de mayor incidencia con 7 casos, de un total de 11 casos del municipio. En los años 2011 al 2013 la tasa municipal ha disminuido, pero el área norte sigue siendo la de mayor incidencia con 9 casos.

Por la peligrosa extensión de la Lepra, propagación de la enfermedad, apareciendo casos nuevos en diferentes zonas del municipio y la repercusión para la salud que puede provocar, es que se mantienen alerta las autoridades en Cuba, con el objetivo de evitar la aparición de más casos de esta entidad, temida por todos, pudiéndose convertir en una pandemia como ocurrió en décadas pasadas. Todo lo anterior motivó a realizar este trabajo, para tener preparado al personal de salud del área norte en esta arista del saber para enfrentar la enfermedad y evitar su propagación.

Dentro de las principales **manifestaciones del problema** se encuentran.

1. Insuficiente pesquisa activa de la enfermedad, lo cual falsea las estadísticas y propicia que exista morbilidad oculta.
2. Pobre actividad preventiva por parte del equipo básico de salud.
3. Alta incidencia de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la enfermedad.
4. Elevados índices de consumo de sustancias tóxicas que contribuyen a la ocurrencia de esta noxa.
5. Modos y Estilos de vidas de muy mala calidad.

Queda definido el **problema científico** de la presenta investigación como:

¿Se estarán cumpliendo los objetivos de impacto del Programa Nacional de Lepra para el control y tratamiento de la enfermedad en el área de salud norte del municipio Morón?

Todo lo expuesto permite definir como **objeto** de la investigación las enfermedades dermatológicas y en consecuencia el **campo de acción** la enfermedad de Hansen.

El Objetivo General de la investigación es:

Evaluar el cumplimiento del programa para el control y tratamiento de la Lepra en el área norte del municipio Morón, en el periodo comprendido entre el 1ro de marzo del 2013 hasta el 1ro de febrero del 2015.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el estado de cumplimiento de las Normas técnicas para el control y tratamiento de la Lepra en cuanto a:
 - Identificación de la población de riesgo.
 - Realización del examen clínico dermatoneurológico a la población de riesgo.
 - Cumplimiento de tratamiento controlado y seguimiento de enfermos, además de administrar tratamiento profiláctico tanto a los contactos intradomiciliarios como extradomiciliarios.
 - Interconsulta con dermatólogo para diagnóstico y seguimiento de casos.
 - Educación sobre métodos de prevención de discapacidades.
2. Caracterizar los casos diagnosticados con la enfermedad de acuerdo a algunas características clínico epidemiológicas.
3. Identificar posibles causas de incumplimiento de lo que se establece en dicho programa.
4. Proponer un plan de acción que contribuya al cumplimiento de las Normas técnicas para el control y tratamiento de la Lepra en el área norte del municipio de Morón.

La **novedad y actualidad** de la investigación estribó en el desempeño del actuar médico que facilitó el proceso de conocimiento a diferentes niveles del saber, de los principales objetivos de impacto del programa nacional de lepra en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la familia, en el área de salud norte del municipio de Morón, aportando los elementos necesarios que faciliten estudios similares con el propósito de controlar la enfermedad y prevenir sus complicaciones.

El **aporte científico, económico y social** estriba en relación con lo **económico** en que es posible controlar la enfermedad sin el uso de medicamentos, lo que representa ahorros económicos significativos para el país, la familia y el propio paciente y en lo **social** representa la posibilidad de que los pacientes una vez diagnosticados y tratados puedan incorporarse a su vida social sin temor a sufrir las temidas complicaciones de la enfermedad. El aporte **científico** resalta en la posibilidad de conocer la real magnitud de la enfermedad, sus dimensiones y su espectro.

2.0. MARCO TEORICO

La lepra es una enfermedad transmisible, poco contagiosa, producida por el *Mycobacterium leprae* (del griego lepis, que significa escama, costra) (Bacilo de Hansen) en honor del médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen, quien en 1873 identificó el bacilo causante de este padecimiento.

Se recoge en la literatura revisada que, en el año 2000 antes de nuestra era (a.n.e.), en los libros sagrados de la India (Rig Veda y Llagar Veda) se encontraron descripciones detalladas de esta enfermedad, llamada entonces Kostha. (11)

En el año 1500 a.n.e., en los papiros de Heveas y Cross, en Egipto, se describe una enfermedad muy similar a la lepra. En el año 1000 a.n.e., se menciona la lepra en tratados de medicina japonesa, bajo el nombre de Ishimpo. En el año 300 a.n.e., en China, en el libro Su-Wan, se describe una enfermedad llamada Lai-Fom con características similares a la lepra. En la Santa Biblia, es mencionada en el Antiguo Testamento (Levítico 13), con la palabra Zaraath, y también la refiere en el Nuevo Testamento (San Mateo 8. 1-4; San Marco 1.40-45; San Lucas 5. 12-16; 17. 11-19) ya con el término de lepra. Es probable que se haya propagado a Europa, específicamente a la región del Mediterráneo, bien por los fenicios, egipcios o hebreos, en sus viajes comerciales por el continente, o por las tropas del conquistador Alejandro Magno, a su regreso de sus campañas de la India, en el año 372 a.n.e., pudiendo haberse introducido en la península itálica por los soldados romanos de Pompeyo en el año 76 a.n.e., y de aquí se diseminó por toda la Europa Romana. Está bien registrada en documentos que su presencia en Europa occidental comenzó por Italia en el año 62 nuestra era (n.e). En el año 180 n.e., se propaga a Alemania; en el año 600 n. e., a España y en el año 800 n. e., a Francia. En el año 1118 n.e., el rey Balduino II funda un leprosorio en Jerusalén. En el año 1200 n.e., la lepra se extiende considerablemente al resto de Europa. En el año 1510 n.e., se introduce en la costa atlántica de América, debido a la trata de esclavos africanos. Ha sido caracterizada como una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, lo que ha generado un trato inhumano hacia las personas que la padecen. (12)

Durante siglos no se le consideró un padecimiento sino que los enfermos eran tenidos por hijos del Dios del mal en algunas culturas y como una maldición o un castigo divino en otras. Se cree que es originaria de la India, pero tanto los habitantes de esa región asiática como los chinos, persas, egipcios, cristianos y judíos se culpaban unos a otros por cientos de años de ser sus transmisores. En lo que sí todas las culturas y religiones coinciden, desde sus antiguos textos, es en las penas que causaba a sus víctimas, tanto clínica como socialmente. Hubo una etapa en que cuando los leprosos morían se les untaba cera por todo el cuerpo para separarlos así de la tierra, y desnudos se colocaban en las llamadas torres del silencio para que las aves de rapiña los devoraran.

La lepra fue históricamente incurable, mutilante y vergonzosa. Se sabe que afecta a la humanidad desde hace al menos 4000 años, cuando en 2009, en una excavación arqueológica llamada Balathal (Rayastán, al noroeste de India), se encontraron en lo que había sido un asentamiento (chozas de piedra y ladrillos de barro, y donde cultivaban la cebada) los restos óseos de un varón adulto de unos 30 años de edad con muestras de haber padecido esta enfermedad y no haber recibido ningún tipo de tratamiento para curarla. Dichos restos estaban enterrados en ceniza de estiércol de vaca dentro de un recinto de piedra de paredes gruesas en los límites de dicho asentamiento. La datación por radiocarbono indicó que el esqueleto fue enterrado entre el 2500 y el 2000 antes de cristo (a. c). La anterior evidencia más antigua de la lepra era un esqueleto egipcio del siglo II a. c. (4,13)

Durante la Edad Media, los que padecían esta enfermedad llevaban unas pequeñas tablas en la mano, llamadas tablillas de San Lázaro, las cuales al golpear entre sí avisaban a la gente de su paso. San Lázaro es el santo de los leprosos y los mendicantes.

La primera mención de la lepra así como su cura ritual mediante plegarias aparece con el nombre de kilasa ('mancha blanca en la piel') en el texto hinduista Átharvaveda, de fines del II milenio a. c.. Hacia el siglo xv a. c., en el Levítico (libro del Antiguo Testamento) se menciona que los kohen (sacerdotes del Templo de Jerusalén) estaban obligados a saber reconocer a un metzora, es decir, un varón atacado de una enfermedad llamada tzara'at. No podría saberse si se trata de la misma enfermedad: ese término, en efecto, se utilizó para numerosas patologías de la piel de orígenes y de gravedad muy variables. (14)

Yaweh les dijo a Moisés y a Aarón: Cuando hayas entrado en la tierra de Canaán, la cual yo te doy en posesión, y pusiera yo plaga de lepra en alguna casa de la tierra de tu posesión, Vendrá aquel cuya casa fuera suya, y dará aviso al sacerdote, diciendo: En mi casa ha aparecido algo como plaga. Entonces mandará el sacerdote, y despejarán la casa antes la cual el sacerdote entre a mirar la plaga, para que no se contamine todo lo que estuviera en la casa. Y después el sacerdote entrará a reconocer la casa. Yaweh les dijo a Moisés y a Aarón: Leproso: es inmundo. Y el sacerdote lo declarará luego «inmundo»: en su cabeza tiene llaga. Y el leproso en quien hubiera llaga llevará vestidos rasgados y la cabeza descubierta, y embozado deberá pregonar: Soy inmundo. Otra mención a la lepra aparece en el tratado médico Súsruta-samjita (Benarés, siglo III después de cristo (d. c)). (15)

Se debe considerar curable un caso de lepra que aparezca en una persona prudente y discreta, y que se limite sólo a su suero (tuaka), carne y sangre. En los casos donde la enfermedad ha invadido la grasa, el único remedio es un tratamiento meramente paliativo. En el caso de que el veneno haya penetrado en alguno de los órganos restantes, el leproso debe ser abandonado como incurable. Los sabios sostienen que a veces un hombre es maldecido con esta enfermedad mediante la retribución divina por haber matado a un sacerdote (brahmán), a una mujer o a un familiar, así como por haber realizado actos de impiedad. La lepra volverá a atacar en su siguiente nacimiento a un hombre en caso de que haya muerto de lepra. La lepra no curada es la enfermedad más dolorosa y problemática.

Un leproso eliminará esta enfermedad si observa una dieta adecuada, una conducta intachable, si practica toda clase de penitencias expiatorias (como dar dinero a los sacerdotes brahmanes) y si recurre a los medicamentos adecuados. Él obtendrá un estatus elevado después de la muerte. La lepra no es una enfermedad especialmente maligna ni peligrosa y habrá que preguntarse por qué entonces arrastra su mala fama.

La primera respuesta estaría en que por manifestarse con signos muy visibles confiere al paciente un aspecto físico a veces repulsivo. Efectivamente, provoca más rechazo social una persona con bultos y úlceras en la piel que otra que quizá tenga corroídas las entrañas por un tumor canceroso pero que no se ve. Esta característica hizo que la lepra fuese una enfermedad rechazada por la sociedad de todos los pueblos desde las épocas más primitivas de la Historia. Pero a nosotros tal rechazo nos ha venido referido por un libro cuya influencia en nuestra cultura es fundamental: la Biblia. (9,16)

El pueblo judío se regía -y aún sigue haciéndolo- por unas normas religiosas que en gran parte traducían reglamentaciones higiénicas. En el Levítico se dedican nada menos que dos capítulos completos (XIII y XIV) a describir con exactitud los distintos tipos de lepra, a intentar distinguirla de otras afecciones cutáneas y a las medidas que la sociedad y el propio enfermo debían adoptar. Durante siglos, y desde luego en la cultura hebrea véterotestamentaria, el nombre de lepra se aplicaba a un gran número de enfermedades que hoy sabemos que son en realidad totalmente distintas tanto en su causa como en sus síntomas y, por supuesto, en su tratamiento y pronóstico. Lo único común a todas ellas, y aun esto muchas veces de forma forzada, es que tienen alguna manifestación cutánea con cambio en el color, la textura o la integridad de la piel. A partir del siglo XIX, con el avance de la microbiología y de los estudios microscópicos, se pudo distinguir por fin entre unas y otras enfermedades; pero hasta entonces muchos enfermos de males benignos o simples poseedores de alguna alteración cutánea eran etiquetados como leprosos y condenados a sufrir el triste destino de éstos en lazaretos aislados de la sociedad y de sus mismas familias.

El redactor del Levítico demuestra en estos capítulos poseer una gran experiencia médica -de la Medicina de su época, claro- y su lectura constituye un verdadero tratado de dermatología arcaica. Distingue, aunque metiendo todas en el mismo saco de lepra, lesiones como tumor, erupción, mancha, divieso, quemadura, tiña, eccema y ciertos tipos de calvicie. Cualquiera de estas lesiones obliga a quien la padece a presentarse ante los sacerdotes, que ejercían también labores de médico, para ser examinados.

Si el diagnóstico era de lepra -y lo era en la mayoría de los casos- debía seguir la siguiente norma (Lev. XIII. 45-46): "El afectado por la lepra llevará los vestidos rasgados y desgreñada la cabeza, se cubrirá hasta el bigote e irá gritando: ¡Impuro, impuro! Todo el tiempo que dure la llaga, quedará impuro. Es impuro y habitará solo; fuera del campamento tendrá su morada." (1, 7,17)

Muchas de aquellas enfermedades, precisamente por no ser auténtica lepra, se curaban en más o menos tiempo. Y era también el sacerdote quien debía comprobar la curación. Si así lo hacía, el enfermo se rasuraba todo el pelo del cuerpo y de la cabeza y se lavaba entero en agua después de quemar toda su ropa: una norma de higiene sanitaria muy recomendable tras haber padecido infecciones dérmicas y cuando no existían antisépticos ni mucho menos detergentes. Luego, el sacerdote procedía a un rito de purificación en el curso del cual tocaba con aceite y con sangre de animales sacrificados -que siempre aportaba o pagaba el enfermo- el lóbulo de la oreja derecha, el pulgar de la mano derecha y el del pie derecho del individuo a purificar. La ceremonia finalizaba con el holocausto de un animal y la suelta de una tortola.

Pero la lepra, según la Medicina y la religión judía, inseparables, no sólo podía afectar al cuerpo de las personas. También se describe con sus correspondientes ritos y sacrificios de purificación, la lepra de los vestidos y la lepra de las casas.

La lepra de los vestidos es cualquier mancha extraña en un tejido de lana o de lino o en un objeto de cuero o piel. El procedimiento para conocer la malignidad o no de la mancha es muy curioso además de ser extraordinariamente lógico y simple.

El sacerdote encierra la prenda durante siete días: si al cabo de ellos la mancha ha crecido, es lepra y el tejido se quemará; pero si no ha crecido, entonces se lava y se vuelve a encerrar otros siete días; si a pesar de ese lavado la mancha no desaparece, es lepra y a quemarla; y si la mancha desaparece pero el tejido ha perdido color, se recorta el trozo desteñado y sólo ése se quema salvándose el resto de la prenda.

La lepra es una enfermedad muy contagiosa. El contagio se produce seguramente por tener relaciones sexuales con un leproso, por el contacto con el aliento de un leproso, por el contacto físico, por comer o beber del mismo recipiente donde comió o bebió un leproso, por dormir en una cama donde durmió un leproso, por usar una ropa que fue usada por un leproso, por ponerse un ungüento que fue tocado por un leproso, por ponerse una guirnalda de flores que previamente estuvo en contacto con un leproso. Así se contagian todas las enfermedades relacionadas con la influencia de planetas malignos o debido a los pecados cometidos, como la lepra, la fiebre, la tuberculosis y la oftalmía.

Sin embargo, todavía en 1998, La enciclopedia Cambridge de paleopatología humana afirmaba: El Sushruta-samhita de la India describe muy bien la condición patológica, e incluso ofrece sugerencias terapéuticas.

La lepra siguió siendo estigmatizante durante siglos. Todavía en 1909, en España se decretó por demanda de la Sociedad de Patologías Exóticas— «la exclusión sistemática de los leprosos» y su "reagrupamiento" en leproserías como medida esencial de profilaxis.

El estigma social que se asoció con las formas avanzadas de lepra continúa en muchas regiones, y sigue siendo el mayor obstáculo para los tratamientos precoces. (18)

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que entre dos y tres millones de personas en todo el mundo estaban en situación de discapacidad permanente por lepra.

Aunque las forzadas cuarentenas o segregación de pacientes, constituyen medidas innecesarias y no éticas, aún se mantienen leprosorios en los siguientes países:

- Argentina
- Brasil
- China
- Egipto
- España,
- India
- Japón
- Liberia
- Nepal
- República Dominicana
- Rumania
- Somalia
- Tanzania
- Vietnam

El paciente leproso dejó de ser un ser humano para convertirse en fantasías creadas por la imaginación popular y las subsecuentes acciones represivas, llevadas a cabo por las autoridades y la misma comunidad, tales como: confiscaciones de todos sus bienes, privárseles del derecho a heredar, alejárseles de las ciudades y obligárseles a cubrir el cuerpo con ropas de tela gruesa, usar un bastón y una campanilla para anunciar su condición de leprosos. Eran considerados muertos en vida, los hijos y otros familiares eran discriminados, y a los solteros se les prohibía casarse y en ocasiones eran condenados a morir sometidos a terribles castigos. Tal era el desprecio que existía por estos enfermos, que un texto del siglo XI expresa (19, 20):

Que se oculte y viva en un lecho de estiércol con los perros sarnosos y los animales inmundos ése cuyo cuerpo está lleno de pústulas, semejantes a las burbujas de aire infecto que surgen de los pantanos y revientan en la superficie porque ofenden a la luz. Que se arroje a pedradas de los pueblos y que se cubra de basura a él, basura viviente. Ante esa situación de persecución a que fueron sometidos, algunas órdenes religiosas crearon leprosorios, o sitios para internarlos, bien alejados de las poblaciones. (19, 20)

En Cuba, según la literatura revisada existen reportes de lepra en los siguientes años: El 17 de enero, a través del Acta del Cabildo, celebrado en La Habana, se conocieron los primeros pacientes de lepra (de 4-6 casos). Dos años más tarde, en 1615, ya este reporte se había convertido en muchas personas tocadas del Mal de Lázaro, paseando por las calles con gran daño y perjuicio de la Ciudad.

El 10 de marzo de 1662 se destinan fondos para que se construyan, fuera de los muros de La Habana, rústicos bohíos para los leprosos para alejarlos de la sociedad, en la caleta de Juan Guillén, que según refirió el Dr. González Préndez, en 1954, esos terrenos estaban ocupados por parte del Paseo del Malecón, parque Antonio Maceo, Casa de Maternidad, Colegio La Inmaculada, torreón de San Lázaro y Calle Marina.

En el curso de las mejoras sanitarias instituidas durante el gobierno de Tacón, y el crecimiento de la ciudad, en 1836 se dispone su traslado hacia la periferia de la capital, pero no sería hasta 1914 que se iniciarían las verdaderas gestiones para el traslado. De esa fecha hasta la actualidad se han realizado numerosos arreglos en el hospital, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sin que haya faltado el apoyo incondicional de las Hermanas de la Caridad. Todas estas normativas tienen como objetivo lograr un mayor respeto al ser humano.

La lepra es una enfermedad muy antigua, su existencia se remonta a 4300 años ANE. Se conoce que la enfermedad ha existido durante muchos siglos, según los papiros egipcios, como el de Ebers y el de Brush, pero lo que no se sabe es el lugar donde apareció por primera vez.

En el siglo II a.n.e se encontró en Egipto el primer hallazgo de alteración ósea debida a la lepra. Se cree que es originaria de la India, donde se han encontrado descripciones de esta enfermedad en sus libros sagrados (Rig-Veda y Yagur-Veda) 2000 a.n.e. En los tratados de medicina japoneses (1000 a.n.e) también se describe la lepra. (16, 18,21)

A pesar de su antigüedad, se trata de una enfermedad temida y desconocida, tanto por quienes la padecen, como por sus familiares.

En el Antiguo y Nuevo Testamento el término lepra se aplicaba a diversos trastornos físicos que no estaban relacionados con la lepra verdadera y que se consideraban castigos divinos. Se decía que la víctima estaba en un estado de tsara'ath, o de pecado. Este término hebreo se tradujo después por lepros, del que deriva la palabra lepra.

Se consideraba a la lepra como la más compleja y crónica de todas las enfermedades bacterianas del hombre. No se conocía la vía de contagio, ni los reservorios, ni los vectores capaces de transmitirla. Se suponía que la forma más probable de contagio fuera el contacto prolongado e íntimo con un enfermo, (persona a persona). La enfermedad afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y también los ojos, además de algunas otras estructuras.

La lepra ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemoriales. Afectó en un momento dado a todos los continentes y dejó tras sí una imagen terrible en la historia y en la memoria de la humanidad, de mutilación, rechazo y exclusión de la sociedad.

La lepra ha infundido miedo en los seres humanos durante miles de años, y fue una enfermedad bien reconocida en las antiguas civilizaciones de China, Egipto y la India. Nunca podrá calcularse el número de personas que, a lo largo de milenios, sufrieron la evolución crónica de desfiguraciones incurables y discapacidades físicas. (17, 22)

Las inmigraciones europea primero y africana después trajeron la Lepra al archipiélago cubano, porque no se han encontrado evidencias de que los aborígenes la padecieran, según la referencia de los historiadores sobre la medicina en Cuba. Se señala que Colón así como los conquistadores y colonizadores que llegaron posteriormente, siempre vinieron acompañados de médicos o religiosos que conocían las características de la enfermedad y ninguno de ellos la reconoció entre los nativos. La primera referencia escrita sobre la presencia de leprosos en Cuba data del 17 de enero de 1613. Entonces el cabildo habanero denunció la aparición de cuatro a seis personas enfermas con el mal de San Lázaro, que se encontraban deambulando libremente por las calles con gran daño para la ciudad y sus vecinos, por ser una enfermedad contagiosa, por lo que solicitaban la salida de estos enfermos de la ciudad y de la Isla.

La Lepra continuó su ascenso y aparecieron nuevos enfermos nativos y llegados del exterior, sin que las autoridades sanitarias de la época tomaran las medidas profilácticas para ayudar a los propios enfermos y proteger a la población sana.

Fue a partir de 1629 cuando comienza a dársele un nuevo enfoque a la Lepra. Desde entonces hubo cierta preocupación por algunos médicos e investigadores en buscar cómo combatir este padecimiento, y ello llevó a preparar fórmulas utilizando productos naturales, fundamentalmente cubanos, en bálsamos, jabones, píldoras e infusiones. Por años se utilizaron guano, cuichunchillí, zarzaparrilla de palito, hidrocotyla asiática, aceite de chaulmoogra y mangle rojo, pero sin lograr con ellos eliminarla. (1, 15, 23)

Además se crearon leprosorios en varios sitios del país, dentro de los que se destaca el ubicado en Rincón, en Santiago de las Vegas, inaugurado en 1917. Cada año se detectan en todo el mundo más de 600 mil nuevos casos, un 15% de los cuales son niños. La Organización Mundial de la Salud (OMS) espera que la Lepra sea eliminada, pero su erradicación será más difícil porque no existe una vacuna. En 1997, unos 2.100 millones de personas viven en países donde la prevalencia de la enfermedad es mayor de un caso por 10.000 habitantes.

En este mismo año se estima que entre uno y dos millones de personas tienen discapacidades visibles e irreversibles causadas por la lepra y requieren atención de la comunidad donde viven.

Sin embargo, la imagen social de la lepra ha cambiado en los últimos decenios. Se considera cada vez más como cualquier otro problema de salud pública, en la medida en que se hace más frecuente la atención de estos enfermos en servicios generales de salud. Todos los países han adoptado oficialmente el tratamiento ambulatorio y han cerrado progresivamente los antiguos y estigmatizados leprosorios. Este enfoque optimista merece el más fuerte apoyo, tanto del personal de salud como de otros sectores en todos los niveles, con el objeto de garantizar un tratamiento adecuado y mejorar la auto-estima de los pacientes.

El descubrimiento de *M. leprae* por G. A. Hansen en 1873, significó el primer hallazgo de una bacteria identificada como causante de una enfermedad en el hombre. Sin embargo, no se dispuso de un tratamiento hasta el siglo XX a fines de los años cuarenta, cuando se introdujo la dapsona y sus derivados. Así se revolucionó el enfoque de la lucha anti leprosa, ya que los enfermos podían tratarse ambulatoriamente, con lo cual el aislamiento altamente estigmatizante ya no era necesario. (5, 9, 24)

No obstante, la monoterapia con dapsona tuvo cada vez menos éxito y la lucha contra la enfermedad llegó a ser ineficaz, debido a la progresiva aparición y amplia difusión de bacilos de lepra resistentes a esta medicación. Los enfermos entonces consideraron que la mejoría era muy lenta y el tratamiento muy prolongado, por lo cual tendían a ir a las consultas en forma irregular y hasta a abandonarlo.

En la década del 70 un nuevo esquema de tratamiento con multidrogas (MDT) preconizado por el grupo de expertos de la OMS cambiará el sombrío destino de los enfermos y la transmisión de esta antigua enfermedad, y hará que se elimine en un futuro no lejano el problema de salud hasta entonces sin solución.

2.1. Fundamentación gnoseológica de la Lepra

La lepra es una enfermedad granulomatosa de evolución crónica, infecciosa, poco contagiosa que se caracteriza por lesiones cutáneas y de los nervios periféricos; pero que además puede afectar otras estructuras, como mucosa de las vías respiratorias, ojos, músculos, hígado, testículos, etc.

Agente causal

El bacilo es el primero identificado como causante de una enfermedad crónica. Es una bacteria gran positiva ácido alcohol resistente, parecido al bacilo de la tuberculosis; tiene forma de bastoncillo delgado y mide de 5 a 7 micras de longitud y 0,25 a 0,5 micras de ancho.

Hasta el momento no se ha logrado su cultivo in Vitro, pero en 1971 se descubre su proliferación exitosa en el armadillo de 9 bandas, dejándose el cultivo en la almohadilla plantar del ratón para estudios inmunológicos y genéticos (1960). El tiempo de multiplicación de estos bacilos es lento entre 11 y 16 días. (12, 24, 25)

La lepra ya era conocida por las antiguas civilizaciones de China, Egipto y la India. La primera referencia escrita a esta infección se remonta aproximadamente al año 600 a.C. A lo largo de la historia, los enfermos leproso se han visto condenados al ostracismo por sus comunidades y familias.

En el pasado el tratamiento de la lepra era distinto. El primer avance importante se realizó en los años cuarenta con la obtención de la dapsona, medicamento que detuvo la enfermedad. No obstante, la larga duración del tratamiento de años o incluso durante toda la vida dificultaba su cumplimiento. En los años sesenta, *M. leprae* empezó a manifestar resistencia a la dapsona, el único medicamento antileproso conocido por entonces. A principios de los años sesenta se descubrieron la rifampicina y la clofazimina, los otros dos componentes del tratamiento multimedicamentoso.

En 1981, un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud recomendó el tratamiento multimedicamentoso a base de dapsona, rifampicina y clofazimina, asociación que elimina el bacilo y logra la curación.

Desde 1995, la OMS proporciona el tratamiento multimedicamentoso gratuitamente a todos los enfermos leproso del mundo; inicialmente lo hizo por conducto del fondo para medicamentos de la Fundación Nippon, y desde 2000 mediante las donaciones de los medicamentos que hacen Novartis y la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible. (8, 11, 26)

En un texto de alrededor del siglo XI se recoge que diversas culturas como la cristiana, judía, árabe egipcia, persa e india, se incriminaban unas a otras, de ser las causantes y trasmisoras del mal. Hasta ahora no se ha podido determinar con certeza cuándo y dónde se originó, y todavía se discute el origen africano o asiático de la lepra; no obstante, la región septentrional de África Central, desde Mali hasta Somalia, región donde se encuentra la zona con más países afectados actualmente por la enfermedad, puede haber sido su foco originario. (12, 27)

2.2. El mal de San Lázaro

Hacia el año 1200, la enfermedad ya había alcanzado su máxima extensión en Europa, conociéndose entonces con el término de Mal de San Lázaro, expresión cuyo origen parece derivarse del antiguo Hospital de San Lázaro, fundado por el Rey Balduino II en Jerusalén en el año 1118 NE, donde se acogían a pacientes leproso de diversos lugares. Fue difundido con este nombre en toda Europa por las cruzadas que regresaban de sus campañas en Tierra Santa. Por otra parte, también fueron ellos los que ayudaron a propagar aún más la enfermedad por el continente, y existen historiadores que plantean que las cruzadas fue el movimiento poblacional, que más influyó en la difusión de la lepra en el viejo continente.

Otros historiadores refieren, sin embargo, que el nombre de Mal de San Lázaro, se debió a que en la isla de San Lázaro, en el Golfo de Venecia, existió uno de los primeros leproso de Europa, surgidos por la necesidad de proteger a los enfermos de la población fanática y supersticiosa, que realizaba intensas persecuciones sobre ellos, con el ánimo de prohibirles su entrada en las comunidades, pues era casi demencial su miedo al contagio.

Estos leprosarios fueron atendidos, durante muchos siglos de forma casi exclusiva, por diversas órdenes religiosas, que eran las únicas que se compadecían y ayudaban a estos enfermos. Para el año 1600 la epidemia había disminuido notablemente en Europa, y solo quedaban pequeños focos en los países escandinavos y Rusia.

En la América no existía entre sus pueblos aborígenes, y fue introducida fundamentalmente por la trata de esclavos africanos, procedentes de Guinea, Senegal, Nigeria y el Congo, donde existían grandes focos leprógenos. A partir del año 1510 se introduce la infección en la costa atlántica, y a partir de 1840 en la costa del Pacífico, llevada por los siervos chinos. No obstante, se señala que los españoles también participaron en su introducción en América, lo que en menor medida, a partir de 1492, con su llegada al Nuevo Mundo junto a Cristóbal Colón. Se cree que las Antillas debió ser el primer asentamiento de la lepra en las Américas, y fue donde se crearon los primeros leprosarios a mediados del siglo XVI. En el siglo XIX, probablemente llevada por los chinos, aparece también de forma epidémica en Hawái y otras islas de Oceanía, incluyendo Australia, donde tampoco su población autóctona la conocía. (11, 21, 28)

2.3. Inicio del conocimiento científico de la enfermedad

A partir del siglo XIX tiene lugar el conocimiento científico de la lepra, y es en la ciudad noruega de Bergen, donde 2 grandes clínicos (Danielssen y Boech), estudian bajo un punto de vista clínico y anatomopatológico la lepra, y ya en el año de 1847 la clasifican en 2 formas clínicas: la nodular y la anastésica. Para el año 1851 Lucio y Alvarado publican el primer tratado sobre lepra, y en el 1864 Virchow describe la forma clínica lepromatosa de la enfermedad. Para el año 1873 Gerard Armauer Hansen descubre el agente causal de la enfermedad: *Mycobacterium leprae*, una bacteria gram positiva, hecho que no fue aceptado como tal hasta 7 años después, gracias al médico alemán Albert Neisser, que logró teñir las micobacterias descubiertas, y clasificarlas como ácido alcohol resistente. Es de destacar que el descubrimiento del agente causal por Hansen, significó el primer hallazgo de una bacteria como agente causal de una enfermedad en el hombre.

En 1895 Hansen y Looft denominan las anteriores formas clínicas descritas con los nombres de nodular y maculoanestésica. Virchow en el año 1897, describe la célula espumosa característica de la lepra lepromatosa. (17, 29)

A principios del siglo XX, en 1905, ya Jadassohn describe la forma tuberculoide de la lepra, y el japonés Mitsuda, en 1919, describe la prueba intradérmica de la lepromina. En 1931, a fin de unificar criterios en la nomenclatura de la lepra, se acuerda dividir los casos teniendo en cuenta un criterio topográfico, en lepra cutánea (C) y lepra nerviosa (N). En 1938, durante el IV Congreso Internacional de Leprología en El Cairo, se acordó sustituir la denominación inicial de cutánea por la de leprótica con la inicial (L), y dejar para la otra forma clínica la denominación de neurítica (N). En el año de 1939, se acordó en el Congreso Latinoamericano de Leprología a propuesta de Ravelo, dividir la enfermedad en 2 grandes formas polares: la forma polar lepromatosa (L) y la forma polar tuberculoide (T), que comprendía a casos benignos con o sin bacilos y Mitsuda (+).

También en 1939, Fernández aplica por primera vez la vacuna BCG con criterio de prevención para la enfermedad. En 1941 Faget inicia la sulfoterapia, que modifica, en alguna medida, el concepto de incurabilidad de la enfermedad. El V Congreso Internacional de Leprología celebrado en La Habana en 1948, tiene como hecho novedoso, que la forma neurítica desaparece con esa denominación, y es sustituida por acuerdo internacional por la de tuberculoide como planteaban los latinoamericanos, y que, además, apareciera una denominación para el grupo de casos con caracteres menos definidos inestables e inciertos, con respecto a su evolución, al cual se le nombraría indeterminado (I). Para 1953, año de celebración del VI Congreso Internacional de Leprología en Madrid, se adopta una clasificación, en la que se admiten 2 formas polares bien definidas: la lepromatosa y la tuberculoide, y se crean 2 grupos intermedios bien definidos: el indeterminado (ya aceptado) y el dimorfo (D) o borderline (B), denominado así por Wade. Así mismo se establecieron en este congreso, los criterios para el diagnóstico de la lepra, que son: clínicos, bacteriológicos, inmunológicos e histopatológicos.

A mediados de siglo Farnet y Podger emplearon por vez primera las sulfonamidas en el tratamiento de enfermos de lepra. En 1960 Shepard inocula material leproso en las almohadillas plantares del ratón, produciéndose la enfermedad, con lo que se confirma experimentalmente el criterio de considerar al bacilo como agente causal de la enfermedad, algo muy útil para conocer el efecto antibacteriano de las drogas antileprosas y para reconocer las cepas resistentes. Esta experiencia marcó el inicio de la era de la lepra experimental en el mundo. (1,10, 22, 29)

2.4. Primeros esquemas de tratamiento

Sheskin, en 1965, utiliza por primera vez la talidomida en el tratamiento de las reacciones leprosas, y para 1966 Ridley y Jopling proponen una nueva clasificación revolucionaria, atendiendo al espectro inmunológico, a la cual Lapatin denominó enfoque espectral de la lepra. Esta clasificación divide la enfermedad en 2 tipos y 4 grupos, que se correlacionan con la clasificación de Madrid: LL y TT, BL, BT, BB e I, estando la evolución de este último determinada por el sustrato inmunológico del sujeto, el que decide la evolución posterior de la enfermedad, hacia el polo lepromatoso o hacia el tuberculoide, a partir de este grupo indeterminado, considerándose actualmente como el inicial. Todos los grupos anteriores fueron denominados de modo general, como formas clínicas de la lepra, moviéndose en un espectro inmunológico que va desde el polo lepromatoso al polo tuberculoide, en consideración a aspectos clínicos e histopatológicos.

En el año de 1971 Kircheiner y Storrs describieron una infección diseminada después de la inoculación de material leproso en un armadillo de 9 cintas, infección que se desarrolló a los 14 meses de la inoculación con un aumento de unas 1 000 veces en el número de bacilos inoculados. En 1973, en el marco del centenario por el descubrimiento del bacilo causante de la lepra por Hansen, es aceptado mundialmente al armadillo de 9 cintas como el animal ideal para la experimentación de la lepra en los humanos, permitiendo este nuevo modelo experimental dar un salto de avance en el conocimiento de la lepra, y posibilitó investigaciones sobre la bioquímica, ultraestructura, genética e inmunología de la bacteria, al disponerse de grandes cantidades de *Mycobacterium leprae*. (26, 30)

A finales de la década del 70 un nuevo esquema de tratamiento con multidrogas (TMD), preconizado por expertos de la OMS, cambió el sombrío destino de estos enfermos, así como la transmisión de esta antigua enfermedad, y permitió que con este se alcanzara la curación definitiva de estos pacientes.

En 1981, el grupo de estudio sobre quimioterapia de la lepra, perteneciente a la OMS, clasificó los pacientes con lepra de acuerdo con la positividad de los exámenes bacteriológicos (Frotis), en lepra multibacilar y lepra paucibacilar, que se tomó como base para la aplicación de la poli-quimioterapia. Esta clasificación, eminentemente de fines terapéuticos, tiene el inconveniente de dejar a un lado todos los avances científicos logrados en la lepra en materia de clasificación y estudio de la enfermedad en estos más de 100 años, simplificando de forma nociva el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. En el primer lustro de la década de los 80, Brennan descubre anticuerpos anti *Mycobacterium leprae*, contra el antígeno específico glicofenólico -1 (PGL-1), base para la creación del método de enzyme-linked-immune-absorbent-assay (Elisa), de gran utilidad para el diagnóstico precoz de la enfermedad. (6,13, 30)

Por último, en 1987, la OMS ratificó las bases de esta clasificación, pero con el objetivo de generalizar la aplicación de la poli-quimioterapia, teniendo en cuenta las posibilidades reales de realización y lectura de los exámenes bacteriológicos. En muchos países del tercer mundo, se orientó una clasificación basada únicamente en los criterios clínicos, en la que solo se tienen en cuenta el número de lesiones cutáneas y el número de áreas afectadas del paciente. De acuerdo con estos criterios, el comité recomienda la clasificación en 3 grupos: lepra paucibacilar única (solo una lesión), lepra paucibacilar (de 2 a 5 lesiones), lepra multibacilar (más de 5 lesiones), manteniéndose, lamentablemente, solo el principio semiográfico para el diagnóstico de la enfermedad.

La reunión de expertos de la OMS realizada en Hanói en el año 1994, propuso en aquel momento eliminar la lepra como problema de salud para el 2000, con el requisito indispensable de que los países alcanzaran tasas de prevalencia inferiores a 1 x 10 000 hab, tasa que se logró en 110 países como logro significativo entre los años de 1995 a 2002.

Recientemente, a principios del presente siglo, Gormuz y otros, transmitieron lepra a monos mangabey, rhesus y verdes africanos, que adquirieron todos lepra multibacilar, con daños notables en nervios periféricos.

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. Así mismo, otro gen situado en el cromosoma 10, se plantea que actúa de forma significativa en el desarrollo de formas tuberculoides de la enfermedad. Esta identificación de marcadores genéticos, permitirá una detección precoz en individuos genéticamente predispuestos, lo cual permitirá adoptar nuevas estrategias de prevención. (31)

2.5. Primeros antecedentes históricos de la Lepra en Cuba

En Cuba, los primeros casos de lepra se conocieron a través del Acta del Cabildo, celebrado en La Habana en enero de 1613. Este documento, considerado histórico, se refiere a la aparición de 4 a 6 enfermos de lepra en la villa, pero no es hasta agosto de 1629 que se tienen más referencias sobre la enfermedad.

En un documento de la época aparece un enfoque distinto sobre la lepra al hasta entonces observado, que consistía en la no expulsión de los pacientes del territorio nacional, planteándose, además, la indicación de tratamiento y el aislamiento, con el fin de evitar la exposición al contagio de la población sana. No obstante, el número de enfermos continuó aumentando, sin que las autoridades sanitarias encontraran medidas efectivas para controlarlos.

Por estas razones, en el año 1662 en la Caleta de San Juan Guillén (hoy Parque Maceo), se construyen en La Habana, bohíos para la atención de estos enfermos. En junio de 1714, se edifica por Real Cédula del Rey Felipe V el primer centro hospitalario dedicado al tratamiento de la enfermedad de Hansen en Cuba. Otras instalaciones con el nombre de Hospitales Antileprosos se construyeron en Camagüey en 1735, y en Santa Clara en 1843, ya que la enfermedad se había extendido por toda la isla.

En 1798, en el gobierno de Luis de las Casas, como parte de sus mejoras sociales, se reconstruye el hospital, situándolo definitivamente en las inmediaciones donde se encontraban las anteriores edificaciones en la Caleta de San Juan Guillén, donde hubo de construirse a finales del siglo XVII el torreón de San Lázaro, por lo que este hospital comenzó a denominarse desde entonces, Hospital de San Lázaro. En el año 1836, en el curso de las mejoras sanitarias instituidas durante el gobierno de Tacón, se dispone su traslado hacia la periferia de la capital, ubicándolo en el poblado de El Rincón. En el año de 1917, se edifica un sanatorio del mismo nombre, donde actualmente se encuentra dicho hospital. (5, 14, 32)

El incremento de los enfermos de forma lenta, pero progresiva, se pone de manifiesto en el año 1900 durante el gobierno de ocupación norteamericana, en que las estadísticas para la lepra, arrojaron una cifra de 1 000 enfermos para una población aproximada de 1 400 000 personas en la isla. La cifra anterior se fue acrecentando continuamente durante la república mediatizada, sin que existieran condiciones para una disminución efectiva. No obstante, en 1938, se crea el Patronato de la Lepra, que contaba con 10 dispensarios, distribuidos en la capital y provincias, para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

En 1942 se realiza el primer censo de enfermos durante esta etapa, que arrojó la cifra de 1 900 casos, que eran tratados en ese entonces, con aceite de chaulmooogra, compuesto oleoso derivado de varias plantas de la familia de las Flacurcicaeas. Como acontecimiento notable durante esos años, es de destacarse la celebración, en 1948, del V Congreso Internacional de Leprología en La Habana, bajo los auspicios de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía y del eminente dermatólogo cubano Vicente Pardo Castelló, donde los leprólogos latinoamericanos obtuvieron una importante victoria al lograr que fuera aceptada definitivamente la clasificación por ellos propuesta, de 2 tipos fundamentales y un tipo intermedio menos definido. (18, 21, 33)

2.6. La lepra en Cuba después del triunfo revolucionario

En 1961, en censo efectuado, se obtiene la cifra de 4 500 casos de lepra, por lo que el Ministerio de Salud Pública de Cuba, incluye un Programa Nacional para el Control de la Lepra, que comenzó en 1962, y se ha ido modificando de acuerdo con los avances en el conocimiento científico de la enfermedad. Previamente a la instauración del programa, se efectuó un censo en el mismo año, en el que se obtuvo una cifra depurada de 3 662 casos, lo que representaba una tasa de prevalencia de lepra de 0,5 x 1 000 hab. El tratamiento en esos momentos era efectuado con 2 drogas bacteriostáticas, la diaminodifenilsulfona (dapsona) y la difeniltiourea.

En ese primer programa nacional de control de la lepra, se establecía por norma, para el tratamiento de la enfermedad, utilizar solamente el dapsona ya antes empleado, e introducir la sulfametoxipiridoxina como medicamento de elección contra el mal de Hansen, y se atendían los pacientes en los servicios de dermatología de los hospitales clínicoquirúrgicos, y se comenzó así mismo a realizar una labor de terreno en busca de nuevos enfermos, fomentándose la realización de exámenes a los contactos. (34, 35)

En los años siguientes el registro de enfermos ascendió gradualmente, notándose una pobre efectividad del programa implantado para el control de la enfermedad, pues aunque se incluía el criterio de alta para las formas clínicas indeterminadas y tuberculoides después de 3 y 5 años de tratamiento, las formas dimorfas y lepromatosas continuaban el mismo seguimiento de por vida. Es evidente que con estos criterios aún limitados, la prevalencia de enfermos por lepra, aumentaría progresivamente. Por ello, en 1972 se pone en vigor el segundo programa de control, que descentraliza las acciones hacia el área de salud e incluye la administración controlada de las drogas, la quimioprofilaxis y el trabajo de terreno, que comprendía la pesquisa a convivientes intradomiciliarios. Se cerraron así de forma definitiva los leprosorios a nivel nacional, y quedó solamente como tal una sola institución en el país, como centro de referencia: el Sanatorio Nacional del Rincón, en la provincia Ciudad de La Habana, destinado a la investigación sobre la enfermedad, así como a la rehabilitación y asilo de enfermos discapacitados o con

problemas sociales. Este segundo programa fue novedoso en su enfoque epidemiológico, pues en él se determinaban los focos leprógenos, y se desarrollaba, además, un control progresivamente más profundo; sin embargo, en el aspecto terapéutico no modificó en nada al precedente.

En el censo efectuado en 1976, se diagnosticaron 5 142 casos, lo que permitió conocer, con mayor exactitud, la prevalencia de esta enfermedad. Por ello, en 1977 se estructura un tercer nuevo programa basado en la introducción de la rifampicina (droga bactericida), que unida al hansasol, producía una mejoría clínica evidente en los pacientes, aunque no se pudo, como se esperaba, negativizar todos los casos, y por ende, hacerlos no transmisibles, pues aparecieron cepas de bacilos resistentes. Este nuevo programa, aunque no logró todos los objetivos propuestos inicialmente, como era la eliminación de los reservorios, la disminución de la incidencia y la posterior eliminación de la enfermedad, sí contribuyó a la detección efectiva de casos, ya que las tasas se hubieran mantenido con cifras similares a años anteriores. Fue un programa novedoso al introducir una pesquisa más amplia en los convivientes (convivientes de segundo orden) y la búsqueda activa en centros laborales y otras instituciones. (26, 29, 35)

Para 1986 el número de enfermos era de 5 638, con una tasa de 0,6 x 1 000 hab, por lo que en el año 1988 se pone en vigor el cuarto programa para el control de la lepra, que contempla el tratamiento controlado descentralizado con multidrogas, como el dapsona y la rifampicina, con la introducción, además, de la clofacimina, nuevo antibiótico bactericida. Esta descentralización se hizo factible en el ámbito comunitario a través del Médico y la Enfermera de Familia, que realizaban la búsqueda activa de casos mediante el concepto de población de riesgo y convivientes extradomiciliarios, enfatizándose también en el problema del diagnóstico precoz, que incluía el diagnóstico preclínico mediante el estudio serológico (test de Elisa para el *Mycobacterium leprae*). Este cuarto programa, incluyó, como aspecto significativo, la prevención de las incapacidades, la educación sanitaria a la población basada en el criterio de curación de la enfermedad, la introducción de diferentes esquemas de tratamiento de acuerdo con las formas clínicas de la enfermedad, así como el acortamiento significativo

del tiempo de tratamiento en las formas paucibacilares a 6 meses, y el criterio de alta clínica a los pacientes multibacilares después de 2 años de tratamiento. Con este programa la prevalencia, que en 1986 era de 5 638 enfermos, se redujo en 2002 a 458 enfermos, para una tasa de 0,38 x 10 000 hab, por lo que podemos plantear que en Cuba, de modo general, la lepra era eliminada como problema de salud pública, lo cual permite plantear que la enfermedad comenzaba a disminuir a niveles poseliminación, debido al trabajo de control que se inició en 1962 y que tuvo sus antecedentes en los Centros Dispensariales para el Diagnóstico y Tratamiento del Patronato de la Lepra en 1938.

En el año 2003 se confeccionó un quinto programa de control de la enfermedad, atendiendo a las incidencias anuales presentadas en los últimos 5 años, que fluctuaron entre 625 y 250 casos. Este novísimo programa tenía como propósitos el diagnóstico clínico precoz, sobre todo el preclínico, basado en la utilización de estudios serológicos como el test de Microelisa y la Prueba de Absorción del Anticuerpo Fluorescente para la Lepra (FLA-ABS), así como la utilización de procedimientos terapéuticos recientes, como la inmunoprofilaxis y la inmunoterapia, sin desdeñar la importancia otorgada a las prevenciones de las incapacidades y a la reducción del tiempo de tratamiento en pacientes multibacilares en tan solo 12 meses. (21, 27, 36)

Este último programa de control, está más enfocado a la fase del diagnóstico precoz de la enfermedad y al tratamiento profiláctico, pues la concepción de la terapia multidroga que se introdujo en el anterior programa, así como las herramientas epidemiológicas utilizadas en él, no fueron modificadas en el presente documento. Sin embargo, estos resultados que ahora se observan, no significan que pueda considerarse eliminada la enfermedad, ni mucho menos encontrarse en vías de erradicación, por el contrario, la observación de que está disminuyendo el diagnóstico precoz, y por ende, la reducción, no se expresa sobre la base de la detección temprana de casos, indica que se debe permanecer alerta, pues un enfoque en el problema de la lepra desde todos los ángulos, permitirá mantener la tendencia actual y lograr en un futuro relativamente cercano la

eliminación de la lepra en Cuba, convirtiéndola en una realidad tangible lo que hace tan solo unos pocos años atrás parecía una tentadora quimera.

La batalla contra la lepra está alcanzando ahora su fase crucial, pues la lucha se desarrolla en diversos frentes: el científico, el tecnológico, el asistencial, el social, etc. Pero los resultados solo se decidirán en el terreno, que es donde trabaja denodadamente el personal de salud. Esta lucha contra la enfermedad, se ha estado encarando en diferentes áreas del mundo de acuerdo con los recursos de orden científico disponibles en cada una de ellas, en las distintas etapas históricas, con relación directa a las posibilidades de orden sanitario de cada país. (16, 17,37) 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.

Como nunca antes la comunidad mundial ha estado tan cerca como ahora de alcanzar el dominio sobre la lepra, por lo que se hace necesario todo tipo de esfuerzo y recordatorio para alcanzar este fin. Es por ello que se ha instituido el Día Mundial de la Lepra, a conmemorarse el último domingo de enero, como forma de recordar a todos los ciudadanos del mundo que la padecieron. Esta no es una enfermedad totalmente eliminada, aún falta un gran trecho para su definitiva erradicación, pues un alto número de personas, sobre todo en el tercer mundo, todavía la sufren. No obstante, la comunidad científica mundial no pierde las esperanzas de poder librar definitivamente a la humanidad de este flagelo ancestral. (35, 38)

3.0. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con diseño observacional descriptivo con el propósito de evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional para el Control y Tratamiento de la Lepra en el periodo comprendido entre el primero de marzo del 2013 hasta el primero de febrero del 2015 en el área de salud norte del municipio de Morón.

Universo y muestra: La población de estudio estará constituido por 28 médicos de la familia y 28 enfermeras para un total de 56 profesionales del área norte del municipio Morón y la **muestra** serán 9 Médicos de la Familia y 9 Enfermeras para un total de 18 profesionales que cuentan en su radio de acción con pacientes portadores del síndrome de Hansen, además de los contactos y la población de riesgo, que respondan a los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

1. Se le solicitó su colaboración previo consentimiento informado (Anexo 1) a los pacientes contactos y población de riesgo que estuvieron de acuerdo a participar en el estudio.
2. Los Consultorios Médicos de la Familia donde existen los pacientes en tratamiento y seguimiento, además de los contactos del paciente y la población de riesgo
3. Miembros del Equipo, Grupo básico de salud y Directivos involucrados en el cumplimiento del programa con experiencia en esta responsabilidad por más de 1 año.

Criterios de exclusión:

1. Todos aquellos que no cumplan con los criterios antes expuestos.

Los **métodos y técnicas** de investigación empleados fueron:

Del nivel teórico:

El método **histórico – lógico** en la determinación de los objetivos del Programa Nacional para el Control y Tratamiento de la Lepra.

El método **analítico - sintético** en la identificación de la población de riesgo, así como, la realización del examen clínico-dermato-neurológico, así como, el cumplimiento del tratamiento controlado y seguimiento de enfermos, además de la administrar tratamiento profiláctico a los contactos, así como, interconsulta con dermatólogo, así como, la educación sobre métodos de prevención de discapacidades, así como, caracterizar los casos diagnosticados, así como, identificar posibles causas de incumplimiento de lo que se establece en dicho programa en el área norte de municipio de Morón.

El **dialéctico - materialista** en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen una fuente de desarrollo como base metodológica de la investigación.

Del nivel empírico:

Observación: La misma fue estandarizada (Anexo 2) y el propio investigador la realizó. Se creó una guía de forma tal que puedan ser observado todos los aspectos relacionados con el cumplimiento de lo establecido por las normas, el trabajo del médico y la enfermera (Equipo básico) en cuanto al examen clínico dermatoneurológico de todos los pacientes que acuden a consulta. Se observaron las condiciones estructurales, recursos humanos y/o materiales necesarios y disponibles para enfrentar la tarea.

Se realizó una **entrevista** cara a cara y estandarizada (Anexo 3) a contactos y población de riesgo identificados como grupos de riesgo para analizar su punto de vista los factores y causas de incumplimiento de las normas.

Se realizó además una entrevista cara a cara y estandarizada (Anexo 4 y 5) a personal de salud (médicos y enfermeras relacionadas con la actividad asistencial de dicha área de salud) para analizar desde el punto de vista de médicos y directivos factores y causas de incumplimiento de las normas.

Análisis documental: Registros del Departamento de Estadística para conocer el número de casos con diagnóstico de lepra, Revisión de Historias Clínicas y fichas familiares para ver identificación del riesgo y cumplimiento de lo establecido por las normas. Además se revisaron las encuestas epidemiológicas con la Jefa del programa en el Centro de Higiene y Epidemiología.

Como estructura: Se analizaron condiciones estructurales, recursos materiales y recursos humanos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido por el programa. **Como proceso:** se evaluó el conocimiento, habilidades del equipo básico de salud. **Como evaluación:** el papel del Equipo Básico, Grupo básico de trabajo y directivos. Basado en este diagnóstico se elaboró un plan de medidas en forma de propuesta avalado por expertos para su aprobación por directivos a quienes compete los resultados de esta investigación y su aplicación.

3.1. PRINCIPALES VARIABLES


1. ESTRUCTURA.

Condiciones estructurales de la consulta:

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Buena:** Existencia de privacidad e iluminación.
 - **Mala:** No existencia de privacidad e iluminación.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultas con buenas condiciones

Equipo básico de salud:

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Completo:** Presencia de médico y enfermera.
 - **Incompleto:** Presencia de médico o enfermera.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios con equipo básico completo


 **Conocimiento y Capacitación:**

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Adecuada:** Adecuado adiestramiento y conocimiento en técnica de examen de examen dermatoneurológico establecido por las normas.
 - **Inadecuado:** Deficiente adiestramiento y conocimiento en técnica de examen de examen dermatoneurológico establecido por las normas.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de médicos con conocimiento adecuado para realizar el proceder.

2- PROCESO

 **Identificación de grupos de cobertura a realizar.**

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Buena:** Haber identificado a la población con riesgo de Lepra en su Consultorio
 - **Mala:** No haber identificado a la población con riesgo de Lepra en su Consultorio
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios con buena identificación del grupo de riesgo.

 **Cumplimiento del propósito de examen dermatoneurológico a grupos de cobertura del programa y de riesgo**

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumplido:** Se le realizó al 80% o más de la cobertura corroborado con muestreo.
 - **Incumplido:** Se realizó menos del 80% de la cobertura corroborado con muestreo.

✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios con cumplimiento de exámenes.

✚ **Seguimiento de los casos con morbilidad (Enfermos con tratamiento):**

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** Tiene el 100% de los casos con tratamiento están controlados.
- **Incumplido:** No se encuentran controlados los pacientes con tratamiento.

✓ **Indicador:** Porcentaje de casos con tratamiento controlados.

✚ **Seguimiento de los casos con morbilidad: (Investigación epidemiológica con historia clínica realizada)**

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** Se le realizó investigación e historia epidemiológica al caso.
- **Incumplido:** No se le realizó investigación e historia epidemiológica al caso.

✓ **Indicador:** Porcentaje de casos con tratamiento controlados.

✚ **Contactos controlados que incluyen investigación y quimioprofilaxis.**

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal politémica.

✓ **Escala:**

- **Contactos intradomiciliarios de primer orden. (Tener el 100% de los contactos controlados)**
- **Contactos intradomiciliarios de segundo orden.(Tener el 90% de los contactos controlados)**
- **Contactos extradomiciliarios.(Tener el 80% de los contactos controlados)**

✓ **Indicador:** Porcentaje de casos controlados en cada una de las categorías.

3. EVALUACIÓN o RESULTADO .

+ Evaluación del trabajo del Grupo básico de Trabajo.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumplido:** Aparece reflejado en las historias clínicas el seguimiento y la evaluación por parte del clínico de todos los pacientes con examen dermatoneurológico. Se escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.
 - **Incumplido:** No aparece reflejado en las historias clínicas el seguimiento y la evaluación por parte del clínico de todos los pacientes con examen dermatoneurológico. Se escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios visitados con cumplimiento.

+ Para evaluación del trabajo de otros directivos.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumplido:** Análisis en reuniones del Grupo Básico de salud del cumplimiento del programa y de los casos diagnosticados. Se toman medidas.
 - **Incumplido:** No se analiza en las reuniones del Grupo Básico de salud el cumplimiento del programa y de los casos diagnosticados con Lepra. No se toman medidas.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de reuniones realizadas en semestre con cumplimiento.

3.2. TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Como medida de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas serán utilizadas: número absoluto, Índice, tasa incidencia y prevalencia y porcentaje.

$$\text{Tasa de Incidencia} = \frac{\text{Número de casos nuevos de una enfermedad para un lugar y periodo de tiempo X}}{\text{Población en estudio}} \times 10^n$$

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos.

Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

4.0. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribuir los Consultorios según la identificación de riesgo de Lepra en el área norte del municipio Morón, en el periodo comprendido entre el 1ro de marzo del 2013 hasta el 1ro de febrero del 2015.

Identificación del riesgo	Nº	%
Identificado	7	77,77
No Identificado	2	22,23
Total	9	100

Fuente: Encuestas, Historias Clínicas Individuales y Registros Estadísticos.

La población del Área de Salud Norte del Municipio de Morón tiene el 100 % de cobertura del Médico y la Enfermera de la Familia poniendo en práctica el principio de la medicina familiar, facilitando la asistencia médica a la población estimada en la actualidad de 30675 habitantes, esta situación garantiza que se cumplan los programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública. Uno de estos Programas lo constituye el Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra.

En la tabla 1 se distribuyen los consultorios según la identificación del riesgo, mostrando que de los 9 consultorios del médico y la enfermera de la familia que conforman la muestra de la investigación, solo 7 consultorios tenían identificado el riesgo correctamente, lo que representa el 77,77% de la muestra estudiada.

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en Cuba quedando en evidencia la necesidad de trabajar por garantizar la marcha correcta del Programa de Prevención y Control de la Lepra. Recientemente se trató esta variable en Santiago de Cuba y la Provincia de la Habana y concluyeron con similares resultados, evidenciando la no marcha satisfactoria de este tan importante acápite dentro de este tan priorizado programa de salud. (1, 26,38)

La posibilidad de tener el riesgo identificado garantiza que se pueda dar seguimiento a todo paciente que sea portador de algún factor de riesgo que facilite la aparición de la Lepra, esta posibilidad hace factible la oportunidad de controlar estos factores, de hacer un diagnóstico precoz y de poder establecer un pronóstico que garantice una mayor supervivencia y el control de las temidas limitaciones de esta enfermedad.

Tabla 2. Distribución de los Consultorios según el cumplimiento del examen Clínico-dermato-neurológico.

Realización del Examen Clínico-dermato-neurológico	Nº	%
Realizado	8	88,89
No Realizado	1	11,11
Total	9	100

En la tabla 2 se exponen los resultados relacionados con la realización del examen clínico-dermato-neurológico, razón investigativa esta que denota el cumplimiento de este acápite del Programa Nacional de la Lepra.

La posibilidad de realizar un diagnóstico precoz depende en gran medida de la habilidad del médico general para realizar el diagnóstico de algún tipo de lesiones de la piel compatible con esta patología y es esencial el dominio de las indicaciones precisas de remisión de los pacientes al Especialista.

Son la mayoría de los consultorios los que realizan correctamente el examen clínico-dermato-neurológico de los pacientes, sus contactos y la población de riesgo, representado por 8 pacientes para un 88,89 %.

Estos resultados coinciden con similares investigaciones realizadas en Sudáfrica, en la que se evidencia junto la clásica literatura médica como los Galenos que ejecutan la práctica del examen de clínico-dermato-neurológico a sus pacientes incurren en un diagnóstico precoz de la Lepra, siendo los mismos los que mayor índice de supervivencia muestran en el mundo entero. (31,39)

Sendas investigaciones llevadas a cabo por el New Journal of Medicine, revela la incidencia de esta enfermedad en pacientes que no se les realiza esta actividad preventiva, pues no solo se les realiza esta práctica, sino que en esa rutina se les interroga de donde se obtienen valiosísimos datos que facilitan el diagnóstico y los estudios epidemiológicos correspondientes.

Algunos autores alegan que la coloración de la práctica del examen clínico-dermato-neurológico con el diagnóstico precoz es una determinante que no tiene en cuenta los aspectos fisiopatológicos más importantes de esta enfermedad, incluso hacen alusión a los elementos genéticos involucrados en la génesis de esta noxa, por lo que será importante discernir sobre los elementos que determinan la no frecuencia de esta enfermedad en las pacientes. (33, 39)

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el cumplimiento de tratamiento controlado y seguimiento de enfermos, además de administrar tratamiento profiláctico tanto a los contactos intradomiciliarios como extradomiciliarios.

	Cumplimiento del tratamiento				Seguimiento de los enfermos.				Tratamiento profiláctico			
	Cumplido		No Cumplido		Adecuado		Inadecuado		Administrado		No Administrado	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Nro. de Consultorios	9	100	0	0	9	100	0	0	7	77,7	2	33,23
Total	9	100	0	0	9	100	0	0	9	100	9	100

En la tabla 3 se relacionan los Consultorios según el cumplimiento del tratamiento controlado, el cual se efectúa diariamente y bajo supervisión del médico y la enfermera de la familia, lo que se ocupan personalmente de administrar la terapéutica y dejar constancia de lo hecho en la tarjeta de tratamiento controlado, lo que queda como evidencia para poder categorizar cada caso, luego de cumplir tratamiento es esta la certeza que permite identificar el periodo de observación para poder emitir los criterios de alta epidemiológica. Este objetivo es uno de los mejores comportamientos dentro del programa de Diagnóstico y Control de la Lepra a la hora de evaluar los objetivos de impacto de dicho programa.

De igual manera se comporta la evaluación de los enfermos a nivel de consultorio, los cuales son evaluados según periodicidad establecida y por los Especialista correspondientes según los caso individualizados.

La profilaxis es otra arista de la que se encargan personalmente los médicos de asistencia, garantizando que la misma se efectúe de la manera indicada y según la categoría de cada caso.

En países desarrollados como Estados Unidos resulta extremadamente difícil hacer el diagnóstico, el seguimiento y los tratamientos resultan excesivamente caros, por esta razón resulta insuficiente los servicios de salud que se prestan para este tipo de paciente, los que con frecuencia sufren de las temidas complicaciones de esta enfermedad.

Chile es de América del Sur, el que menor incidencia acumulada muestra con relación a la aparición de la enfermedad, no así Brasil que es uno de los de mayor acumulado, donde algunos autores alegan razones étnicas, aun así la enfermedad progresa y los pacientes no tienen el oportuno seguimiento y por ende no es identificada precozmente la enfermedad. (19, 20, 30, 40)

Tabla 4. Distribución de los Consultorios según la evaluación de los casos por el Especialista en Dermatología.

Evaluación del Especialista	Nº	%
Evaluado	9	100
No Evaluado	0	0
Total	9	100

Sigue siendo la actividad evaluativa desde el inicio o el momento del diagnóstico la actividad médica preventiva más importante en el accionar del médico de la familia, en consonancia y estrecha vinculación con la atención Médica Secundaria la clave del éxito en el accionar sobre los pacientes portadores de esta temida enfermedad. En la presente investigación se evalúan los pacientes en los 9 consultorios, representando el 100%. No dejan de ser evaluados los pacientes portadores de algún tipo de lesión o contacto de caso positivo alguno.

La valoración de los pacientes Leprosos necesita tener la característica especiales entre las que se destacan individualizada y personalizada, teniendo en cuenta las normas para el seguimiento de este tipo de paciente. La evaluación especializada y verticalizada de este tipo de paciente empleada en Cuba parte de los protocolos bien establecidos que permiten una evaluación integral y en equipo de estos pacientes, donde se les aporta el apoyo psicológico que requieren estos pacientes.

Centros especializados en la atención del paciente Leprosos o en Hospitales especializados en esta actividad sugieren la integralidad de esta actividad, lo cual denota la importancia que reviste la evaluación de los pacientes portadores de algún tipo de Lepra. (37, 41)

En Chile y Argentina se consideran estos elementos imprescindibles para el enfoque terapéutico de cualquiera de las fases en que se encuentre cualquier paciente portador de este tipo de enfermedad. Estudios multicéntricos realizados en institutos especializados de estos dos países ponen de manifiesto las reales posibilidades que ofrece este aspecto con técnicas de similar contenido como las aplicadas en Cuba.

En países como Estados Unidos y Canadá es frecuente el empleo de evaluaciones no convencionales, cediendo el lugar a planos menos importantes del tratamiento rehabilitatorio complementarios de la enfermedad de base, centrandose la atención a la presencia de complicaciones solamente, sin tener en cuenta la necesidad afectiva de estos pacientes. (22, 38, 41)

Tabla 5. Distribución de los Consultorios según la cultura de la prevención de discapacidades.

Prevención de discapacidades	Nº	%
Buena cultura de Prevención	5	55,56
Mala cultura de Prevención	4	44,44
Total	9	100

Es realmente innegable que la mayoría de las pacientes que acuden a las consultas de patologías dermatológicas refieren el antecedente de haberse diagnosticado o palpado algún tipo lesión que les llamó poderosamente la atención, lo que demuestra que una adecuada cultura de realización del examen de la piel garantiza un diagnóstico precoz de estas patologías.

En la tabla 5 se describe la cultura de realizar prevención de las lesiones dérmicas, cultura esta que es adecuada en 5 de los 9 consultorios estudiados, representando el 55,56 %. Brasil sigue siendo exponente de la cultura errada que por razones étnicas y religiosas prosiguen entorpeciendo el diagnóstico precoz de esta temida enfermedad, la cual se diagnostica tardíamente con la presencia ya de secuelas que llegan a ser irreversibles. Cuba es exponente fiel de un programa adecuado a las circunstancias actuales que le permite tener un control adecuado de esta patología, llegando a declarar como curados a no pocos pacientes y excepcionalmente se reportan complicaciones o diagnósticos tardíos. (15, 18, 22, 42)

Tabla 6. Distribución de los casos diagnosticados de acuerdo a las formas clínicas.

FORMAS CLÍNICAS	N^o	%
Lepra lepromatosa (LL)	3	33,34
Lepra dimorfa (LD)	2	22,22
Lepra indeterminada (LI)	2	22,22
Lepra tuberculoide (LT)	2	22,22

En la tabla 6 se distribuyen los consultorios que tienen dentro de su cuadro epidemiológico a algún tipo de paciente diagnosticado con algún tipo de lepra y se distingue el tipo Lepromatosa con 3 casos lo que representa el 33,34 % de los casos. Coinciden los resultados obtenidos en la presente investigación con la bibliografía revisada por los diferentes autores, y es que a menor edad se dan las formas más benignas, y generalmente a mayor edad es que se pueden presentar las más severas.

Como esta enfermedad puede ser de difícil diagnóstico, fuera de las áreas endémicas, debido a su gran variedad de lesiones cutáneas, a las neuropatías que en ocasiones solo se detectan inicialmente, mediante un examen neurológico exhaustivo y al largo período de incubación, hace posible que los pacientes hayan abandonado la zona de contagio mucho antes de que aparecieran los primeros síntomas, de ahí la importancia de un buen interrogatorio y de realizar una correcta encuesta epidemiológica, para brindarle al dermatólogo o médico de asistencia toda la información necesaria, y poder realizar, con la clínica, un diagnóstico temprano que permita un tratamiento rápido para evitar la secuela y el contagio de la enfermedad. (25, 31, 43)

En la presente investigación los casos diagnosticados no presentan ningún tipo de incapacidad, lo cual demuestra la benignidad de la enfermedad, lo oportuno de la imposición del tratamiento y la terapia rehabilitatoria a la cual se encuentran plegados los pacientes afectados.

Tabla 7. Determinar las causas del incumplimiento del programa .

Causas	Nº	% η = 9
Inestabilidad del Médico de la Familia	9	100
Inasistencia de los pacientes a consulta	9	100
Ausencia del Médico Especialistas	2	22,22
Falta de dominio del Programa	8	88,88
Conocimiento insuficiente de la Enfermedad	5	55,55

En la tabla 7 se distribuyen los consultorios que aportan el mayor números de causas negativas que contribuyen al mal funcionamiento del Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra, donde la inestabilidad del Médico y la Enfermera de la Familia, junto a Inasistencia de los pacientes a consulta representa las principales causas de incumplimiento del programa de Prevención y control de la Lepra con un total de 9 Consultorios de los estudiados en la presente investigación .

Los resultados de la presente investigación coinciden con investigaciones realizadas en el Reino Unido, donde se obtiene similares resultados confluendo que la inestabilidad del Médico junto a Inasistencia de los pacientes a consulta son las principales causas de incumplimiento de los principales indicadores del Programa de Prevención y control de la Lepra, esto hace necesario nuevas estrategias relacionadas con el proceso de identificación del aprendizaje de los profesionales que se ven involucrados en la puerta de entrada al sistema nacional de salud. (43)

China exhibe los mejores resultados en relación con el manejo en sentido general de este tipo de patología, pues su cultura milenaria se encuentra dotada de un sinfín de terapias, técnicas y procederes con resultados espectaculares en este campo de la medicina oriental. El empleo de técnicas no practicadas ni dominadas en ningún otro lugar, excepto en aquellos países donde se encuentre la presencia de descendientes de esta cultura, permite atrapar al paciente en un control importante de su energía tanto interna como externa, logrando la coordinación armoniosa de más de un sistema dentro de su propio organismo facilitando de esta manera la recuperación de funciones perdidas. (43)

5.0. CONCLUSIONES.

- El riesgo de padecer de Lepra se encuentra identificado en 7 Consultorios, el examen clínico-dermato-neurológico se realiza en 8 Consultorios, el tratamiento y el seguimiento es correcto en los 9 Consultorios, mientras que el tratamiento profiláctico solo se realiza adecuadamente en 7 de los 9 Consultorios.

- Todos los Consultorios tienen evaluados a los pacientes con Lepra por el Dermatólogo, no existiendo una buena cultura de prevención en relación con la Lepra, la Lepra Lepromatosa es la más frecuente.

- La inestabilidad del Médico de la Familia y la Inasistencia de los pacientes a consulta se encuentran entre las causas más frecuentes de incumplimiento de los indicadores del Programa Nacional para el Control y Tratamiento de la Lepra.

6.0. RECOMENDACIONES.

- Divulgar las principales causas del incumplimiento de los indicadores del Programa Nacional para el Control y Tratamiento de la Lepra.

- Hacer extensivo el estudio a los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia área Sur del municipio de Morón en aras de mejorar la calidad de atención a los pacientes y así cumplir con de los indicadores del Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra.

- Darle continuidad a esta investigación para que se valide y se aplique el plan de acción propuesto. (Anexo 6)

7.0. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Rivero Reyes Eduardo. La utilidad del diagnóstico precoz en la eliminación definitiva de la Lepra. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Dic 02] ; 29(2): 226-227. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200013&lng=es.
- 2- Lombardi C et al. Hanseniasis: Epidemiología y control. Convenio IMESP/SAESP, Sao Paulo, Impresa Oficial do Estado: Arquivo do Estado, 2012.
- 3- Lepra. Publicación digital en Infomed. Alfredo Abreu. 2009.
- 4- Salvador Álvarez M de J, Álvarez Cortés J, Bastard Ortiz E, Castillo Núñez B, Márquez Feliú M. Lepra temida o desconocida. Capacitación a enfermos y familiares. MEDISAN 2012; 6(2):50-55
- 5- Estrada SI. Algunos aspectos de la bacteriología del Mycobacterium leprae. Rev Cub. Med Trop 2010; 45(1):8-12.
- 6- OMS. Reporte de las discusiones técnicas de la XXI Asamblea General. La vigilancia de las enfermedades transmisibles. Cron OMS, 2008; 22:10.
- 7- Venero Fernández Silvia Josefina, Moya Machado Ariel, Gutiérrez Fernández3 Mirtha, Fernández Ceballos4 Mercedes de la Caridad. Tétanos infantil. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2014 Dic 02] ; 44(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561.
- 8- Terencio J. Centenario de los Congresos Internacionales de Lepra. Rev de Leprología Fontilles. 1997; 21(2).
- 9- Gil SA, Hernández GO, Rojas V. Programa de control de lepra para el médico de la familia. 2ª ed. La Habana: ECIMED; 2009.p.1-43.
- 10- McDougall C, Ulrich MJ. Enfermedad por micobacterias: lepra. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, directores. Dermatología médica general. Vol. 3. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008. p. 2491-2504.

- 11-Dávila, L. R. Fronteras confusas: impactos sociales de la migración. In Simposio sobre migración internacional en la Américas Organizado por CEPAL/CELADE y OIM". San José de Costa Rica [revista en la Internet 2012]. [citado 2014 Dic 02]; disponible en: <http://www.eclac.org/Celade/proyectos/migracion/SimpMig00e-pon.htm>.
- 12-Alonso Gómez ME y colectivo de autores. Lepra. Normas técnicas para el control y tratamiento. Ed Científica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2011.
- 13-Rivero Reyes Eduardo, Barrios Martínez Zoila, Berdasquera Corcho Denis, Tápanes Fernández Thelma, Peñalver Sinchay Ana Gladys. La lepra, un problema de salud global. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Dic 12] ; 25(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100010&lng=es.
- 14-Pérez Herrera A E. Intervención educativa sobre Lepra en trabajadores de la salud del Policlínico Universitario Sur. Morón. [Tesis maestría enfermedades infecciosas] . Morón. Ciego de Ávila. Policlínico Universitario Sur .2009.
- 15-Montenegro Valera Isora, Prior García Ada de las Mercedes, Uribe-Echeverría Delgado Aida Iris, Durán Marrero Kárel. Conocimientos de la población sobre lepra. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2015 Dic 22] ; 22(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400009&lng=es.
- 16-Manssur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. L Habana: Ciencias Médicas; 2009. p. 310
- 17-González Prendes MA. Historia de la Lepra. La Habana : Empresa consolidada de Artes gráficas. 1963.
- 18-Lepra. Enciclopedia Digital Encarta. 2013

- 19-O M S/O P S . Comité de expertos de Lepra, O M S . Boletín de Lepra al día 2013; 7:3.
- 20-Laurinda Rosa M . For the sake of the healthy, the leprous loses his freedom : a history of the public policies for fighting leprosy in Brazil (1941-1962). Niterói; s.l; 2011. 380 p.
- 21-The Merck Manual, Duodécima Edición, versión digital. Copyright: 2009, Merck & Co., Inc.
- 22-Global leprosy situation, 2010 Weekly epidemiological record. Integr [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2015 Dic 22] : . Disponible en: <http://www.who.int/wer/2010/wer8535.pdf>.
- 23-Alonso Gómez ME y colectivo de autores. Lepra. Normas técnicas para el control y tratamiento. Ed Científica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2008.
- 24-Heymann, DL. El control de la enfermedad transmisible, 18 ed Publicación científica técnica No.613. Washington, D.C : Organización Panamericana de la Salud, 2013
- 25-Tecnesio de las Aguas. Centenario de los congresos internacionales de Lepra. Rev de Leprología, Fontilles, Vol. XXI, No. 2, Mayo - Agosto, 2014.
- 26-Rivero Reyes E, Barrios Martínez Z; Berdasquera Corcho D, Tápanes Fernández T; Peñalver Sinchay AG. La lepra, un problema de salud global. Trabajos de Revisión. 2009.
- 27-Estrada P, et al. Algunos aspectos de la bacteriología del Mycobacterium Leprae. Rev Cubana Medicina Tropical 2011; 45(1): 8-15.
- 28-EZZ El – Dawela R, Mohamed AS, Yosef F. Análisis de los nuevos casos de Lepra detectados en la gobernación de Sohag, Alto Egipto, 2004-2008. 100 años por un mundo sin Lepra. Rev de Leprología Fontilles. 2012; 27(5): 357-368.
- 29-Moll Cervera F. Prevención de discapacidades y cuidados de enfermería. 100 años por un mundo sin Lepra. Rev de Leprología Fontilles. 2010; 27(5): 485-498.
- 30-Lepra. Enciclopedia Digital Encarta. 2012.

- 31- Rodríguez García Sandra. Filed under: Genética, Infecciones Bacterianas y Micosis | Etiquetas: genoma, lepra, Mycobacterium leprae, variaciones genéticas. Madrid : ed Europa Press; 2012
- 32- U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Dic 22] . Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003383.htm>.
- 33- Kumar B, Dogra S. The infectious diseases. In: Bope ET, Kellerman RD, eds. Conn's Current Therapy . 1ra ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011.
- 34- Organización Mundial de la Salud (OMS). [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 22] . Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>.
- 35- Mapa tasas de prevalencia de la lepra . Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de la OPS. 2011. [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2015 Dic 22] : . Disponible en: http://www.who.int/lep/situation/Leprosy_PR_2011.pdf.
- 36- Guía para la Eliminación de la Lepra como problema de Salud Pública. http://www.who.int/lep/resources/Guide_S.pdf .xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- 37- Lepra (OMS). [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2015 Dic 22] : . Disponible en: <http://www.who.int/lep/en/> .
- 38- Ernst JD. Leprosy (Hansen's disease). In: Goldman L, Ausiello D, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier : 2011.
- 39- Renault CA, Ernst JD. Mycobacterium leprae. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2011: chap 251. Actualizado: Actualizado: 9/1/2013.
- 40- Fontilles (España): la última leprosería en Europa» artículo en el diario ABC (de Madrid) del 30 de enero de 2011.
- 41- Web oficial de la Sociedad Argentina de Dermatología.

42-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 2012. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2012.

43-Martínez Collado N, Valle Sánchez C, Sánchez Hernández K. Lepra lepromatosa. Presentación de caso. Rev. Méd. Electrón [Internet]. 2012 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 34(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol4%202012/tema11.htm>.

ANEXOS

ANEXO 1

MODELO DE CONOCIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Lepra e identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en el programa en el área de salud Norte de Morón.

Yo _____ en calidad de participante.

- 1- He comprendido la información que se me dio sobre el estudio.
- 2- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan.
- 3- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- 5- Comprendo que puedo no colaborar si así no lo deseo en el estudio:

He tenido contacto con: _____

Nombre y apellidos del investigador

El cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación, toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar. Por todo lo planteado anteriormente presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo.

Firma del Médico

Fecha

Firma del Paciente

ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Evaluar algunos aspectos de importancia para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Lepra.

Palabras al observador:

En el Policlínico Docente Norte del municipio de Morón un equipo de especialistas en Medicina General Integral realiza una investigación para evaluar el cumplimiento del Programa Nacional para el control y tratamiento de Lepra. El equipo de investigadores les garantiza discreción con la información que aporte y a su vez le agradece su contribución y el tiempo dedicado.

Muchas gracias.

1. CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LOS CONSULTORIOS

a) Iluminación

____ Presencia de ventanas.

____ Presencia de luz eléctrica.

____ Lámpara de pie.

____ Presencia de bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca.

____ Ausencia de luz eléctrica.

____ Ausencia de ventanas.

____ Ausencia Lámpara de pie.

____ Ausencia de Bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca.

b) Privacidad

____ Presencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.

____ Ausencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.

c) Agua corriente

_____ Existe lavamanos con agua corriente.

_____ No existe lavamanos con agua corriente.

2. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

a) Equipo básico de trabajo

_____ Se encuentran trabajando médico y enfermera.

_____ Presencia del médico.

_____ Presencia de la enfermera.

_____ No se encuentran trabajando médico y enfermera.

_____ Ausencia del médico.

_____ Ausencia de la enfermera.

3. TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN DERMATONEUROLÓGICO

_____ Adecuado adiestramiento y conocimiento en técnica de examen de examen dermatoneurológico establecido por las normas.

_____ Deficiente adiestramiento y conocimiento en técnica de examen de examen dermatoneurológico establecido por las normas.

ANEXO 3

ENTREVISTA A PACIENTES CONTACTOS Y POBLACIÓN DE RIESGO

Objetivo: valorar el nivel de conocimiento de los pacientes respecto a la Enfermedad de Hansen.

Consigna:

En el Policlínico Docente Norte del municipio de Morón un equipo de especialistas en Medicina General Integral realiza una investigación para evaluar el cumplimiento del Programa Nacional para el control y tratamiento de Lepra. El equipo de investigadores les garantiza discreción con la información que aporte y a su vez le agradece su contribución y el tiempo dedicado.

Muchas gracias.

1- ¿Cuáles es su nombre?

2- ¿Qué edad usted tiene?

- a) _____ menor 20 años
- b) _____ 20 - 35 años
- c) _____ 36 - 50 años.
- d) _____ 51 - 65 años.
- e) _____ mayor de 65 años.

3- ¿Cuál es su ocupación?

- a) _____ Estudiante.
- b) _____ Trabajadora.
- c) _____ Ama de casa.

4- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- a) _____ Primaria.
- b) _____ Secundaria.
- c) _____ Preuniversitaria.
- d) _____ Universitaria.

5- ¿Tiene conocimiento sobre la Enfermedad de Hansen?

- a) _____ SI.
- b) _____ NO.

6- ¿A través de qué medios de comunicación adquieren información? Responda con una x según corresponda.

- a) _____ Radio.
- b) _____ Televisión.
- c) _____ Prensa.
- d) _____ CMF.
- e) _____ Otras vías.

7- ¿Su médico le ha explicado que es un examen clínico-dermato-neurológico?

- a) _____ Si.
- b) _____ No.

8- ¿Qué le ha explicado su médico sobre la Lepra?

- a) _____ Enfermedad incurable.
- b) _____ Mejora con el tratamiento oportuno.
- c) _____ Afecta a toda la población.
- d) _____ Enfermedad que se trasmite con facilidad.
- e) _____ Seguimiento de los pacientes afectados es a corto plazo.

9- ¿El médico le explico que usted era un contacto de paciente con lepra?

- a) _____ Si.
- b) _____ No.

10- Necesitamos que usted explique los requisitos indispensable para la realización de un examen clínico-dermato-neurológico, debe hacerlo de la forma más correcta posible a la vez que describe en voz alta los requisitos.

- a) _____ Correcto.
- b) _____ Incorrecto.

ANEXO 4

ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD.

EQUIPO BÁSICO DE TRABAJO (MÉDICO Y ENFERMERA DE CONSULTORIO)

Objetivo: evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud respecto a la Enfermedad de Hansen.

Consigna:

En el Policlínico Docente Norte del municipio de Morón un equipo de especialistas en Medicina General Integral realiza una investigación para evaluar el cumplimiento del Programa Nacional para el control y tratamiento de Lepra. El equipo de investigadores les garantiza discreción con la información que aporte y a su vez le agradece su contribución y el tiempo dedicado.

Muchas gracias.

I. ¿Piensa Usted que cuenta con todas las condiciones materiales y de conocimiento para realizar de manera adecuada un examen dermatoneurológico en su consultorio? ¿Por qué?

II. ¿Cuáles cree Usted que son los principales factores que atentan en el cumplimiento de los exámenes dermatoneurológico en su consultorio?

ANEXO 5

ENTREVISTA A PERSONAL DIRECTIVO

DIRECTOR, VICE DIRECTOR DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA DEL ÁREA,
DERMATÓLOGA DE AREA Y JEFA PROGRAMA MUNICIPAL.

Objetivo: evaluar como el personal directivo lleva a cabo el nivel de preparación del personal de salud respecto a la Enfermedad de Hansen.

Consigna:

En el Policlínico Docente Norte del municipio de Morón un equipo de especialistas en Medicina General Integral realiza una investigación para evaluar el cumplimiento del Programa Nacional para el control y tratamiento de Lepra. El equipo de investigadores les garantiza discreción con la información que aporte y a su vez le agradece su contribución y el tiempo dedicado.

Muchas gracias.

- I. ¿Cree Usted que los consultorios del área cuentan con todas las condiciones para realizar de manera adecuada un examen dermatoneurológico? ¿Por qué?

- II. ¿Se plantean en las reuniones de GBT los problemas relacionados con el cumplimiento de este programa y se debaten las dificultades buscando soluciones administrativas al respecto?

- III. ¿Cuál cree Usted que es la causa fundamental del incumplimiento del 100% de los exámenes dermatoneurológico en los consultorios?

ANEXO 6

PLAN DE ACCIÓN.

Nro.	Acción Propuesta	Responsable	Escenario	Ejecutante	Periodicidad
1.	Curso de actualización sobre Lepra	Jefe de Departamento Docente	Reuniones de GBT	Profesores Docentes	Trimestral
2.	Curso de Actualización sobre el manejo de la Piel relacionadas con la Lepra	Jefe de Departamento Docente	Reuniones de GBT	Profesores Docentes	Trimestral
3.	Curso de Actualización sobre el Programa de Prevención y Control de la Lepra.	Jefe de Departamento Docente	Reuniones de GBT	Profesores Docentes	Trimestral
4.	Evaluación del funcionamiento de la consulta de prevención y control de la Lepra en el área de salud.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual
5.	Evaluación de la calidad en el seguimiento de las pacientes con Lepra.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual
6.	Evaluación de la calidad de las interconsultas de las pacientes con Lepra.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual
7.	Evaluación del seguimiento de las pacientes con Lepra por el médico de la Familia.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual
8.	Evaluación de la calidad en la asistencia médica de los pacientes portadores de Lepra.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual
9.	Evaluación del cumplimiento de los protocolos de tratamientos para los pacientes portadores de Lepra.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual

10.	Evaluación de los indicadores de impacto del Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra.	Vicedirector de Asistencia Médica	Reuniones de GBT	Especialista del GBT	Mensual
11.	Garantizar la búsqueda activa y la pesquisa de este tipo de enfermedad en la población con factores de riesgos asociados.	Vicedirector de Asistencia Médica	Actividades de Consultas y Terrenos	Médico y Enfermera de la familia	Mensual

ANEXO 7

IMÁGENES DE PACIENTES CON LEPRA.

