

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"JOSÉ ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN



INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LEPRO EN MEDICOS DEL
MUNICIPIO PRIMERO DE ENERO. ENERO SEPTIEMBRE 2010.

AUTORA: Lic. Fara M. Monteagudo Pérez.
Licenciada en Enfermería.

INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

2010

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"JOSÉ ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN



INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LEPRO EN MEDICOS DEL
MUNICIPIO PRIMERO DE ENERO. ENERO SEPTIEMBRE 2010.

AUTORA: Lic. Fara M. Monteagudo Pérez.

Licenciada en Enfermería.

Profesora Instructora.

TUTORA: MSc. Dra. Magali González López.

Especialista de Primer Grado en Dermatología.

Master en Enfermedades Infecciosas.

Profesora Instructora.

ASESORES: MSc. Lic. Eriberto Pineda Rodríguez.

Lic. En Ciencias Informática.

Master en Informática Médica.

Profesor Instructor.

MSc. Dr. Marcos A Jacomino Díaz.

Especialista de Primer Grado de Inmunología.

Master en Enfermedades Infecciosa y Urgencias

Médicas

Profesor Instructor.

INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

2010

RESUMEN

Se realizó un estudio Pre experimental antes después de intervención educativa con los médicos pertenecientes a los consultorios del municipio 1ro de enero en el período de Enero a Septiembre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los médicos sobre la enfermedad. El universo de trabajo estuvo constituido por los 31 médicos que laboran en los consultorios del médico de familia del municipio Primero de Enero en el período antes mencionado y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Del total de médicos encuestados el 58.0 % tenían entre 1 y 4 años de graduado y el 80.6 % refirió no haber recibido capacitación en el último año. El nivel de conocimiento general sobre la lepra antes de la intervención clasificó en nivel medio con una media de 68.12 puntos y después de la misma se incrementó a nivel de conocimiento alto con una media de 94.00 puntos, por lo que se logró elevar el nivel de conocimiento en cuanto a síntomas y signos de alerta, criterio de diagnóstico precoz, nervios que más frecuentemente afecta la enfermedad, las vías de transmisión y conducta a seguir ante un caso sospechoso o probable. Por lo que se evidenció la efectividad de la estrategia aplicada en los médicos en el municipio.

Palabras clave: intervención educativa, lepra.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
CAPITULO 1: FUNDAMENTACION TEORICA SOBRE LA LEPR.....	6
1.1: Antecedentes Históricos de la Lepra.	
1.2: Antecedentes Conceptuales de la Lepra.	
CAPITULO 2: ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION Y DISEÑO DE LA INTERVENCION EDUCATIVA.	18
2.1: Aspectos Metodológicos de la Investigación.	
2.2: Aspecto Metodológico sobre el Programa de Intervención Educativa.	
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	37
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	

DEDICATORIA

A mi hija: Por ser mi mayor tesoro y alegría.

A mis padres: Por guiarme siempre por el camino de la inquietud intelectual, por tantos años de desvelo y sacrificio, por su apoyo material y espiritual.

A mi esposo: Por su amor y dedicación.

A Fidel y a la Revolución.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Magali Gonzáles López por toda la ayuda y apoyo durante el desarrollo de la tesis.

A mi madre, esposo e hijos, sin cuya ayuda y apoyo tanto espiritual como emocional no hubiera sido posible dedicar mi tiempo al estudio.

Y a otros muchos que me ayudaron.

PENSAMIENTO

"...Les pido su contribución a la salvación de los pueblos hermanos y del mundo... Es insostenible este mundo porque conduce a la humanidad a la dilapidación de los recursos y a la destrucción de la naturaleza. Y parto de la idea de que el mundo y la naturaleza pueden salvarse. Es una apuesta por la inteligencia frente a la brutalidad y el salvajismo; una apuesta por la educación frente a los instintos; una apuesta a favor de la inteligencia humana..."

Fidel Castro Ruz

INTRODUCCIÓN.

La lepra es una de las enfermedades más antiguas que recuerda la humanidad. Ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, que ha provocado un tratamiento inhumano a las personas afectadas.

La lepra ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemorables afectó en un momento dado a todos los continentes. Constituye hoy en día uno de los problemas de salud más importante en los países desarrollados y en desarrollo.

Sus diversas manifestaciones clínicas e histopatológicas dependen de la reacción huésped-parásito, es decir, de los procesos alérgico-inmunitarios que determinan la resistencia del enfermo a la agresión bacilar.

La lucha contra la enfermedad se ha realizado en diferentes partes del mundo de acuerdo con los recursos de orden científico disponibles en las distintas etapas históricas y en relación directa con las posibilidades de orden sanitario de cada país (1).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 2,5 a 2,8 millones de casos, aunque algunos estiman que existen probablemente de 10 a 20 millones de personas afectadas en todo el mundo. Estimaciones de

dicha institución señalan que cada año se registran alrededor de 700.000 nuevos casos de lepra. Más del 95% de los casos viven en los 12 países de mayor endemia: India, Brasil, Myanmar, Indonesia, Nepal, Madagascar, Etiopia, Mozambique, República Democrática del Congo, Tanzania y Guinea (2).

Se estima que durante el periodo 2005-2010 alrededor de 2.5 millones de personas afectadas serán detectadas y curadas, los mayores esfuerzos estarán concentrados en el tratamiento y en las acciones de divulgación, educación junto con un mejor acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno de cada persona afectada.

En la región de las Américas existen aproximadamente 72.6 mil casos de lepra, cantidad que se traduce en una prevalencia de 1.4 casos por 10.000 habitantes. En lo que respectan a las detecciones existen poco más de 37 mil casos nuevos por año.

La situación epidemiológica de la lepra en los países Región de las Américas constituye un desafío en materia de salud pública porque además de la magnitud del problema su distribución no es uniforme bien es cierto que la mayoría de los países de América han alcanzado su eliminación a nivel nacional, aún existen tres países Brasil, Surinam y Paraguay que tienen prevalencias nacionales superiores a 1 caso por cada 10 mil habitantes (3).

En Cuba se realizó el primer censo de enfermos en 1942 donde se registraron 1 960 casos .En 1961 el ministerio de Salud Pública determinó la confección del Primer Programa de Control.

Con dicho tratamiento temprano –por un año, centrado en tres fármacos (Dapsona, Rifampicina y Clofacimina) que garantiza La Organización Mundial de la Salud y controla en Cuba el médico de la familia, se previenen las

discapacidades que podría provocar la Lepra, y a muy poco de iniciada la medicación se corta el contagio.

En el diagnóstico de la Lepra interviene un equipo formado por Dermatólogos, Epidemiólogos y el Médico de la Familia del paciente, quienes se basan en los resultados de los exámenes clínico, bacteriológico, histopatológico y epidemiológico para ello, pues el cuadro sintomático se reconoce con relativa facilidad en el período de estado, pero no así en la etapa preclínica. La detección precoz de la enfermedad es sumamente importante, tanto para el enfermo como para sus familiares y convivientes, por lo que todos debemos contribuir a su confirmación lo más tempranamente posible.

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 años siguientes el registro de enfermos ascendió gradualmente hasta la cifra de 4 845 casos. Teniendo en cuenta, fundamentalmente la extensión de la cobertura dermatológica especializada y los avances de la leprología, desde 1972 se fueron estableciendo modificaciones a los diferentes programas, que comprendían entre otras la descentralizaciones al área de salud de las actividades de control del mismo, la administración controlada de los medicamentos al enfermo, la quimioprofilaxis a los convivientes, la prevención y rehabilitación de incapacidades junto con la transformación de los hospitales especializados (4).

No es hasta 1989 con la introducción de la poli quimioterapia (PQT) que se produce una mantenida reducción de las tasas de prevalencia con valores inferiores a 1 por 1000 habitantes.

Por lo que ya en el período de 1990 al 2006 se reduce la detección de casos, con tasas que oscilan entre 2.5 y 1.6 por 100 000 habitantes y las de prevalencia entre 0.5 y 0.2 por 10 000 habitantes (5).

Por todo lo anteriormente expuesto es que nos decidimos a realizar dicha investigación con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la Lepra en médicos de la atención primaria de salud del municipio antes mencionado en cuanto a la realización del programa de control y la pesquisa que constituye un factor importante para el control de dicha enfermedad. Por lo que nos trazamos la siguiente interrogante:

Pregunta investigativa: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento de los médicos de familia sobre la lepra en el municipio Primero de Enero?

Hipótesis: Si se diagnostican los conocimientos que sobre la Lepra tiene el personal de salud que labora en los consultorios del municipio Primero de Enero y se aplica una intervención educativa, entonces será posible elevar los conocimientos sobre esta patología, logrando así el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y un mejor manejo de los pacientes.

OBJETIVOS.

General

Elevar el nivel de conocimiento sobre Lepra en los médicos de familia después de una intervención educativa para mejorar la conducta en el manejo de esta enfermedad en el periodo de enero a septiembre del 2010.

Específicos

1- Distribuir los médicos de la muestra de acuerdo a las siguientes variables:

- Tiempo de graduado
- Capacitaciones recibidas en el último año.

2- Explorar el nivel de conocimiento de los médicos antes y después de la intervención educativa en cuanto al comportamiento de las siguientes variables:

- Síntomas y signos de alerta de la lepra.
- Criterio de diagnóstico precoz.
- Nervios que se afectan en la lepra.
- Vía de transmisión.
- Periodo de incubación.
- Conducta a seguir ante un caso confirmado de lepra

3- Evaluar el nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa.

4- Diseñar un plegable que aporte información sobre aspectos medulares de la Lepra.

CAPITULO I. Fundamentación teórica sobre la Lepra

1.1: Antecedentes históricos de la Lepra.

La palabra griega Leprus significa descamación, denominación desafortunada que ha permanecido durante milenios para designar a varios males.

Se conoce que la lepra es una 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. (6, 1).

En los tratados de medicina japoneses (1000 a.n.e) también se describe la lepra. Pudo haber sido introducida a Italia por los soldados de Pompeya y de allí al resto de Europa. Es probable que se haya propagado a la región del mediterráneo por las tropas de Alejandro Magno, de vuelta a su campaña en la India 327 años a.n.e.

Se ha planteado el origen africano, sobre todo a partir de la región septentrional de África Central, donde se encuentra la zona más afectada por la enfermedad. En los aborígenes de América no existía la lepra, y fue fundamentalmente la trata de esclavos la que la introdujo en nuestras tierras. Se señala que Colon,

así como los conquistadores y colonizadores que llegaron posteriormente, siempre vinieron acompañados de médicos o religiosos que conocían la enfermedad, por proceder de lugares de alta prevalencia y ninguno de ellos la reconoció entre los nativos.

Las primeras descripciones confiables se encuentran en la India 1300 AC donde se hace una descripción detallada de las lesiones del sistema nervioso periféricos sin embargo un escritor chino 4000 AC reseña el colapso del puente nasal y plantea ser el primero que describe la enfermedad (7).

Se creó que la lepra se extendió desde la India a la China donde se describe con el nombre de Lai-Fom, en el libro médico, el Su-Wen cerca de 300 años AC. De la China paso al los Archipiélagos al sur de Asia y Japón, mientras que en su propagación hacia el oeste la lleva a Egipto, recogándose datos confiables en los primeros papiros de la Biblia encontrados en las cuevas del Mar Muerto.

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 (8).

La lepra aparece en Europa al regreso de las tropas de Alejandro el grande de las campañas de conquista en (327-326 AC). No existen registros médicos de la enfermedad entre los médicos griegos, en Roma se menciona por primera vez en el año 62 AC.

Lenta, pero implacable se extendió por Europa durante los primeros siglos de nuestra era para alcanzar enormes proporciones durante los oscuros tiempos

de la Edad Media, época en la cual se calculan existían 19.000 casas para aislamientos de leprosos (9).

En Cuba, al momento del descubrimiento en 1492 no existía lepra entre los naturales del nuevo mundo, pues los historiadores no reportan casos. Se introduce en el país por la trata de esclavos procedentes de Guinea, Senegal, Angola y el Congo donde existían focos leprógenos procedentes de los colonizadores de España y Portugal.

Los primeros enfermos se reportan en el país el 17 de Enero 1615 y no es hasta el año 1662 que se construyen bohíos para el aislamientos de los casos, pasaría alrededor de 47 años para que en Junio de 1714 se construya una instalación para albergar estos enfermos en hospitales, el de de San Lázaro en Cristóbal de la Habana .Otras instalaciones se construyeron por todo el país (Camaguey en 1735, Santa Clara 1843 y 1944 en Santiago de Cuba).

En 1938 se crea el Patronato de la Lepra que cuenta con diez dispensarios en las capitales de provincia para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

En 1942 se realiza el primer censo que arroja un total de 1960 pacientes que realizaron tratamiento con aceite de Chalmoogra.

Al triunfo revolucionario se realiza un censo y se registran 4020 enfermos para una prevalencia de 0.5 por 10 mil habitantes, realizando tratamiento con Dapsone y Difeniltiourea (10).

Es en 1962 que el Ministerio de Salud Pública de Cuba dicta el primer Programa de Control de la enfermedad, en esta etapa la atención al enfermo era dispensarial, en servicios dermatológicos de los hospitales generales existentes en el país.

Teniendo en cuenta fundamentalmente la extensión de la cobertura dermatológica especializada y los avances en el campo de la lepra, en 1972 se establecieron modificaciones al programa:

La descentralización al área de salud de todas las actividades de control, la administración controlada de medicamentos al enfermo, la prevención y la rehabilitación de las discapacidades, en el orden epidemiológico se determinaron los focos leprógenos.

La introducción y difusión de la poli quimioterapia (PQT) ha modificado radicalmente el perfil de la Lepra en todos los países endémicos. En los últimos doce años se ha reducido en más de 85% la prevalencia mundial estimada de la enfermedad (11).

Como resultado de los avances de la poli quimioterapia (PQT) recomendada por la OMS en 1991 los Estados Miembros de la OMS mediante una resolución de la Asamblea Mundial de la salud declararon su intención de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000, constituyéndose un grupo de trabajo con estrategias específicas para ese fin.

Se estima que durante el periodo 2005-2010 alrededor de 2.5 millones de personas afectadas serán detectadas y curadas. Los mayores esfuerzos estarán concentrados en el tratamiento y las acciones de divulgación y educación junto con un mejor acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno (12).

En la Región de las Américas existen aproximadamente 72.6 mil casos de lepra, cantidad que se traduce en una prevalencia de 1.45 casos por 10.000 habitantes. En lo que respecta a las detecciones existen poco más de 37 mil casos nuevos por año.

La situación epidemiológica de la lepra en los países Región de las Américas constituye un desafío en materia de salud pública porque además de la magnitud del problema su distribución no es uniforme bien es cierto que la mayoría de los países de América han alcanzado su eliminación a nivel nacional, aún existen tres países Brasil, (el segundo país con mayor incidencia de lepra del mundo, el cual cuenta actualmente con mas de 78 000 casos diagnosticados), Surinam y Paraguay que tienen prevaletías nacionales superiores a 1 caso por cada 10 mil habitantes (13).

En Cuba en el período de 1962-1977 se notificaban entre 300-350 casos y tasas con tendencia al incremento, lo que pudiera explicarse por el aumento de las actividades de control después de la implementación del nuevo programa.

En el periodo 1977-1995 se puede observar una ligera tendencia a la reducción tanto en números absolutos como en tasas en 1977 se introdujo la rifampicina, que si bien la declinación de la incidencia no fue todo lo pronunciada que se esperaba contribuyó a la reducción y se trataron todos los enfermos conocidos y los que se detectaron posteriormente.

De 1995 al 2006 se reduce la detección de casos, con tasas que oscilan entre 2.5 y 1.6 por 100 mil habitantes y las de prevalencia entre 0.5 y 0.2 por 10 mil habitantes.

En cuanto a la prevalencia a partir de 1989 con la introducción de la PQT se produce una mantenida reducción la que en 1993 alcanza valores inferiores a 1 por 10 000 habitantes. En los últimos años la reducción es mucho menor en relación con los años anteriores, pudiéndose considerar que comienza a producirse una estabilización entre los casos nuevos que se detectan y los que salen de la prevalencia.

Para continuar reduciéndola hay que lograr un diagnóstico lo suficientemente precoz, seguido de un tratamiento inmediato y regular para lograr el objetivo final de interrumpir la transmisión de la enfermedad (14).

1.2: Antecedentes conceptuales y referenciales sobre de la Lepra.

En la actualidad se define la Lepra como una enfermedad granulomatosa, infecto-contagiosa de evolución crónica, producida por el *Mycobacterium Leprae* o bacilo de Hansen, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas y de los nervios periféricos, pudiendo afectar otras estructuras como mucosa de las vías respiratorias, ojos, músculos, hígado, testículos, etc. (15).

Sus manifestaciones clínicas están en dependencia de la capacidad de la respuesta inmunitaria mediada por células o la aparición de reacciones inmunológicas desfavorables, ya sea por inmunidad celular o por inmunocomplejos que se observan en la mayoría de las formas clínicas de la Lepra y puede llevar al sujeto a las deformidades y a la discapacidad.

El bacilo de la lepra fue identificado en 1874 por el médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen. Este es el primer bacilo 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.

Aunque el agente infeccioso fue identificado hace más de un siglo, es todavía escaso el conocimiento acerca del modo de transmisión y adquisición de la enfermedad.

La transmisión de persona a persona se considera la responsable de la mayoría de los casos, aunque la historia de contactos previos puede estar

presente en la mitad de ellos. Existe un reservorio no humano en el armadillo y es posible que en primates (16,9).

El sitio de entrada es motivo de conjeturas, pero es probable que se trate de la piel o de la mucosa del tracto respiratorio superior. Se plantea que aunque la dermis esté intensamente infiltrada, la piel contiene pocos gérmenes y es escasamente contagiosa. Por el contrario, las secreciones nasales constituyen un foco importante de diseminación ya que contienen gérmenes los cuales se mantiene viables durante días (17).

El periodo de incubación oscila entre 3 y 5 años, pero puede variar desde 6 meses hasta varias décadas.

La lepra puede aparecer en cualquier edad, aunque es rara en lactantes. Las formas tuberculoides se ven en las edades mas tempranas y las formas lepromatosas tienden a elevarse en edades más avanzadas (18).

La incidencia de la enfermedad es más alta en hombres que en mujeres en la mayoría de las regiones del mundo con excepción de determinadas áreas de África en la que se han observado tasas mayores entre las mujeres.

Afecta todas las razas aunque la lepra tuberculoide es mas frecuente en la raza negra.

Los científicos no han logrado cultivar el Mycobacterium Leprae in Vitro, se produce solamente en Vitro en los Macrófagos de la piel (histiocitos) y en el de los nervios (células de Schwann) lo cual dificulta las investigaciones sobre todo las dirigidas a la obtención de vacunas.

Estas células que habitualmente constituyen una de las barreras de defensa del organismo contra las infecciones fracasan en el paciente de lepra por

causas desconocidas en la actualidad, permitiendo además que se multiplique dentro de ellas y finalmente son destruidas por el bacilo.

De este modo las lesiones se extienden principalmente a la piel y los nervios periféricos. La destrucción de estos últimos produce lesiones tanto motoras (parálisis) como sensitivas, anestesia y pérdida de la sensibilidad al frío y al calor.

Los estudios bacteriológicos cuantitativos del *Mycobacterium Leprae* fueron posibles después de 1960, cuando She Pard estableció que el Microorganismo podía crecer en las almohadillas plantas del ratón. El más reciente reconocimiento de que se desarrolla en el armadillo de nueve bandas (*Dasypus novemcinctus*) ha permitido la obtención de mayor cantidad de anfitrión una más precisa caracterización del bacilo (19,16).

La baja patogenicidad, la escasa toxicidad y la alta resistencia llevan a un escaso contagio. El bacilo puede presentar viables fuera del enfermo de 7 a 10 días, incluso hasta 45 días en suelos húmedos. En 10 minutos un enfermo lepromatoso puede expeler hasta 200.000 bacilos.

En 1846 Daniel sen y Boeck hicieron el primer intento de clasificación de la Lepra en sus formas típicas: nodular y anestésica. Ya en 1895 Hansen y Loefft clasificaron la enfermedad en dos tipos clínicos: el tuberculoso y el maculo-anestésico. Después de varios intentos de clasificación, se adoptó en el V congreso de leprología celebrado en La Habana en 1948, a propuesta de los dermatólogos iberoamericanos, el grupo indeterminado de la enfermedad.

Posteriormente en el VI congreso celebrado en Madrid en 1953, se reconoció la existencia de una forma clínica no clasificada dentro de las polares (Lepromatosa y Tuberculoide), ni en el grupo indeterminado, que fue

denominada borde linee por Wade, indiferenciada por Lowe y limítrofe o bipolar por los le prólogos Ridley y Jopling en 1962 (19) .

La OMS en 1982 propuso un nuevo sistema de clasificación con el objetivo de agrupar los pacientes según la quimioterapia y es en este contexto la enfermedad los clasifica en:

Lepra paucibacilar hasta 5 lesiones, apenas un tronco nervioso comprometido, baciloscopía negativa.

Lepra Multibacilar más de 5 lesiones, más de un tronco nervioso comprometido y baciloscopía positiva.

Los principales síntomas son maculas, pápulas en la piel que pueden ser blancas, rojizas o de color cobrizo, pérdida de sensibilidad al dolor, calor y frío, infiltración difusa de los pabellones auriculares, caída de los pelos de la cejas, principalmente en su tercio externo, inflamación dolorosa de algún nervio periférico, sangramiento de la nariz.

La Lepra Lepromatosa es la forma maligna de la enfermedad especialmente estable, comienza como tal o puede ser el resultado de la transformación de casos indeterminados o Bordeline que presentaron una reacción de Mitsuda positiva. No solo ataca la piel y los nervios periféricos, sino que pueden presentarse lesiones en casi todos los órganos.

En esta forma lepromatosa hay infiltración de grandes áreas cutáneas. Las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta son invadidas por un gran número de microorganismos. Debido a la afectación de los nervios, los músculos sufren parálisis. La pérdida de sensibilidad que acompaña a la destrucción de los nervios provoca lesiones de las que el sujeto no se percata debido a la insensibilidad que padece.

Esto puede conducir a infecciones secundarias, a la sustitución de tejidos sanos por tejidos cicatriciales, y a la destrucción o reabsorción del hueso. La desfiguración típica que sufre el sujeto con lepra, como la pérdida de extremidades debido a la lesión ósea, o la llamada facies leonina en la que el rostro se asemeja al de un león con gruesos nódulos cutáneos, son signos avanzados de la enfermedad, que hoy con el tratamiento precoz evita los mismos.

La extensión de la infección a estructuras oculares anteriores produce uveítis, queratitis y ceguera. La lesión testicular provoca atrofia y ginecomastia (9).

La lepra con grandes variaciones en sus manifestaciones clínicas, asociada con notables deficiencias en su inmunológica, evaluación y epidemiología adquiere mayor importancia un sistema de clasificación para el diseño de estrategias de control especialmente para la elección adecuada de la poli quimioterapia, la identificación de pacientes que tienen mayor importancia epidemiológica y que además presentan elevadas probabilidades de desarrollar deformidades.

Las características de sus lesiones cutáneas son la multiplicidad y su marcada simetría. El diagnóstico de la Lepra debe realizarse tomando en cuenta los siguientes signos cardinales:

1. Lesión cutánea con pérdida de la sensibilidad en áreas afectadas.
2. Engrosamiento y/o dolor de los troncos nerviosos periféricos, con pérdida de la sensibilidad y debilidad muscular en manos, pies y cara.
3. Exámenes bacteriológicos (frotis cutáneos positivos).

En un país endémico de Lepra debe considerarse una persona enferma si presenta una de las manifestaciones clínicas expresadas en el 1ro ó 3ro de los signos cardinales señalados anteriormente. (20, 21, 22)

Una de las características de la enfermedad es la aparición de reacciones o períodos inflamatorios que pueden dañar los nervios, produciéndose cuando el sistema inmunitario del cuerpo ataca los bacilos de la lepra.

La inflamación es la respuesta habitual del cuerpo a una infección que conlleva a: tumor, eritema, calor, dolor y pérdida de la función del nervio afectado,

Una persona con lepra puede tener una reacción leprosa en cualquier momento como está descrito en la literatura pudiendo ser antes del tratamiento, al diagnóstico, durante el tratamiento e incluso después de concluir el mismo.

Estas reacciones pueden ser:

- Tipo I o Reacción de reversión.
- Tipo II o Eritema Nudoso Leproso.

La lucha contra la enfermedad se ha encarado en diferentes partes del mundo de acuerdo con los recursos científicos disponibles en las distintas etapas históricas y en relación directa con las posibilidades sanitarias de cada país. (23, 24)

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

Todos los países han adoptado oficialmente el tratamiento ambulatorio de la poli quimioterapia (PQT) y han cerrado progresivamente los sanatorios de

lepra. Esto ha conllevado a un mejoramiento de la autoestima de los pacientes y un tratamiento adecuado al ser insertados estos pacientes en las comunidades.

A pesar de los diferentes programas elaborados y desarrollados por el Ministerio de Salud Pública los médicos no tienen percepción del riesgo alegando las tasas de detección bajas que presenta la provincia en relación con el resto del país y el incremento sustancial en este último período.

CAPÍTULO II. Aspecto Metodológico de la Investigación y Diseño de la Intervención Educativa.

En este capítulo abarcaremos los aspectos metodológicos para la realización de esta investigación, así como la fundamentación metodológica de la intervención educativa de sobre lepra utilizada para elevar el nivel de conocimiento de los médicos.

2.1: Aspecto Metodología de la Investigación.

Caracterización de la investigación.

Se realizó un estudio Pre experimental antes después de intervención educativa con los médicos pertenecientes a los consultorios del municipio 1ro de enero en el período de Enero 2010 a Septiembre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los médicos sobre la enfermedad.

Universo y Muestra

El universo de trabajo estuvo constituido por 31 médicos que laboran en los consultorios del médico de familia del municipio Primero de Enero en el período antes mencionado, los cuales fueron sometidos a una encuesta a través de la aplicación de un pre test (ver anexo 2) valida por la especialista en dermatología y así poder valorar el nivel de conocimiento sobre la lepra. A los

31 médicos de familia se le solicitó su consentimiento informado al estudio (ver anexo 1). Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos y sobre la base de los bajos conocimientos se confeccionó el programa educativo (epígrafe 2.2) Con los profesionales de la salud se realizaron diferentes actividades de educación y después se aplicó el instrumento inicial como pos test (anexo 2) y se comprobó los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa.

Criterios de inclusión:

- Que den su consentimiento informado para participar en la intervención.

Criterios de exclusión:

- Los médicos de familia que no cumplan con el criterio de inclusión.
- Los que voluntariamente quieran abandonar la investigación.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

Análisis-síntesis: Donde se realiza de forma separada y luego en conjunto los datos obtenidos en la investigación..

Análisis histórico-lógico: Con el objetivo de recoger datos de interés para nuestro trabajo en diferentes etapas.

Inducción-deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Hipotético-deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada en el estudio.

Métodos empíricos:

La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

La encuesta: Se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los médicos de familia, los cuales constituyeron nuestro universo de trabajo, para conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con el conocimiento de los profesionales sobre la lepra.

El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

Los datos obtenidos de la entrevista fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias (25, 26) para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$. Para el análisis estadístico de la hipótesis usamos que:

$H_0: \mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos (antes y después de la intervención)

$H_1: \mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos (antes y después de la intervención)

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

La conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población; Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: El médico de familia que atiende su población en es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Conocimiento sobre la lepra: La adquisición de conocimientos a través de temas relacionado con la enfermedad para poder realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno en la población.

Operacionalización de esta variable

Conocimientos sobre la lepra en los médicos de familia en cuanto a.

- Conocer cuales son los síntomas y signos de alerta de la enfermedad.
- Tener conocimiento sobre que hacer para que los pacientes se diagnostiquen precozmente.
- Saber que nervios se afectan en la enfermedad.
- Dominar la vía de transmisión por la que la población puede enfermar, así como el período de incubación de dicha enfermedad.
- Conocer la conducta a seguir ante la confirmación de un caso de lepra.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica que evaluará los mismos.

DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA DE EVALUACIÓN
<p>1. Conocimiento de la enfermedad por los profesionales de la salud.</p>	<p>Alto::</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si conoce de cuatro o más síntomas y signos de alerta -De dos o mas de los criterios de diagnóstico precoz. -De tres de los nervios engrosados. -Si conoce las dos vías de transmisión de la enfermedad planteadas. -Si conoce el de periodo de incubación. -Si reconoce cinco o más conductas a seguir ante un caso sospechoso o probable. <p>Medio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si conoce tres o menos de los síntomas y signos de alerta. - si conoce al menos uno de los criterios de diagnóstico precoz. - Si conoce dos o menos de los nervios que se engrosan. - Al menos una de las dos vías planteadas. <p>Si conoce o no:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si reconoce cuatro o menos conductas a seguir ante un caso sospechoso o probable. <p>Bajo:</p> <p>No señaló ninguno de los incisos correctos de los acápites encuestados</p>	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta 3: (20 puntos). Incisos: 3.1, 3.4, 3.5, 3.6 y 3.8 (cada uno de 4 puntos).</p> <p>Pregunta 4: (20 puntos). Incisos: 4.2 y 4.5 (cada uno 10 puntos).</p> <p>Pregunta 5: (20 puntos) Incisos: 5.1, 5.2, 5.3 y 5.5 (cada uno 10 puntos).</p> <p>Pregunta 6: (10 puntos) Incisos: 6.3 y 6.4 (cada uno de 5 puntos).</p> <p>Pregunta 7: (10 puntos) Incisos: 7.4</p> <p>Pregunta 8: (20 puntos) Incisos: 8.1, 8.3, 8.5, 8.6 8.7 y 8.8 (cada uno 3 puntos excepto el 8.5 y 8.7 con valor de 4 puntos)</p>

Clave de calificación

Para la evaluación de las preguntas se establecieron calificaciones según el nivel de conocimiento en para las preguntas de conocimiento (6). El profesional para contestar debe marcar con una x los incisos correctos.

Pregunta 3: síntomas y signos de la lepra

Tiene un valor de 20 puntos. Cada inciso correcto vale 4 puntos.

Los incisos correctos son: 3.1, 3.4, 3.5, 3.6, y 3.8.

Los incisos incorrectos son: 3.2, 3.3, y 3.7.

Se considerarán evaluados de:

Alto: Obtengan 16 puntos o más. (Señale 4 o más incisos correctos)

Medio: Obtengan 12 puntos o menos. (Señale 3 o menos incisos correctos)

Bajo: No señalen incisos correctos.

Pregunta 4: criterio de diagnostico precoz

Tiene un valor de 20 puntos. Cada inciso 10 puntos.

Los incisos correctos son: 4.2, y 4.5.

Los incisos incorrectos son: 4.1, 4.3, 4.4.

Se considerarán evaluados de:

Alto: Obtengan los 20 puntos. (Señale los 2 correctos)

Medio: Obtenga 10 puntos. (Al menos 1 correcto)

Bajo: No señale incisos correctos.

Pregunta 5: nervios que se afectan en la lepra

Tiene un valor de 20 puntos. Cada inciso vale 5 puntos.

Los incisos correctos son: 5.1, 5.2, 5.3, y 5.5.

Los incisos incorrectos son: 5.4, 5.6, y 5.7.

Se considerarán evaluados de:

Alto: Obtengan 15 puntos o más. (Señale 3 o más incisos correctos)

Medio: Obtengan de 10 puntos o menos. (Señale 2 o menos incisos correctos)

Bajo: No señale incisos correctos.

Pregunta 6: vías de transmisión

Tiene un valor de 10 puntos. Cada inciso vale 5 puntos.

Los incisos correctos son: 6.3, y 6.4.

Los incisos incorrectos son: 6.1, 6.2, 4.5, y 6.6.

Se considerarán evaluados de:

Alto: Los que obtengan 10 puntos. (Señale los 2 correctos)

Obtenga 5 puntos. (Al menos 1 correcto)

Bajo: No señale incisos correctos.

Pregunta 7: periodo de incubación

Tiene un valor de 10 puntos.

El inciso correcto: 7.4.

Los incisos incorrectos son: 7.1, 7.2, y 7.3.

Se considerarán evaluados de:

Alto: Los que obtengan 10 puntos. (Señale el correcto)

Bajo: No señale incisos correctos.

Pregunta 8: conducta a seguir ante un caso sospechoso o probable de lepra

Tiene un valor de 20 puntos. Los incisos 8.5 y 8.7 tendrán valor de 4 puntos, el resto de 3 puntos.

Los incisos correctos son: 8.1 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, y 8.8.

Los incisos incorrectos son: 8.2, y 8.4.

Se considerarán evaluados de:

Alto: Obtengan 17 puntos o más. (Señale 5 o más incisos correctos)

Bajo: Obtengan menos de 17 puntos. (Señale 4 o menos incisos correctos)

Bajo: No señale incisos correctos.

Operacionalización de otras variables utilizadas en la investigación.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Tiempo de Graduado	Cuantitativo nominal	Menor de 1 año. 1 - 4 años. 5-9 años. Más de 10 años.	Según años de graduado.
Capacitaciones Recibidos	Cualitativo nominal	Si No	Según encuesta.
Nivel de conocimiento	Cualitativo nominal	Alto Bajo	Alto: Calificación entre 80 y 100 puntos Medio: Calificación entre 61 y 79.9 puntos Bajo: Calificación de 60 puntos o menos

El desarrollo de la investigación se implementó en tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención, evaluación.

Diagnóstico.

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la dirección del Área de Salud antes mencionadas con el objetivo de lograr la participación de los médicos de familia, lo que quedó validado a través de un documento (consentimiento informado), que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (ver anexo 1). Se explicaron los objetivos del estudio y se aplicó el pre test (ver anexo 2) que permitió caracterizar el universo de estudio.

Intervención

Para dar cumplimiento a la segunda etapa de la investigación se impartió un Programa Educativo, modalidad conferencia, taller prediseñado sobre el tema.

Se realizaron 5 encuentros de 2 horas de duración, con una frecuencia semanal, las frecuencias se impartieron en el aula del policlínico comunitario docente de primero de enero.

Evaluación

Cinco semanas después de haber terminado el programa educativo (taller) en el grupo del estudio, se aplicó nuevamente el test inicial (post test) con las mismas características que en la primera etapa para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa.

Los resultados se expresaron en forma de tablas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Para dar respuesta a dichos objetivos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y los principios de la ética médica que resguarda la información y el respeto al individuo.

Este trabajo fue realizado de acuerdo a los requerimientos éticos y metodológicos del departamento de post grado de la universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

2.2 Diseño Metodológicos Sobre el Programa de Intervención Educativa.

La intervención educativa es un sistema de actividades educativas tanto teóricas como prácticas efectivas para lograr cambios en el conocimiento sobre la lepra en los médicos de familia del Municipio Primero de Enero. El programa educativo está diseñado de la siguiente forma:

El programa educativo confeccionado para cumplir los objetivos propuestos y contó con 5 sesiones de trabajo que se impartieron con una sección semanal y tiempo de duración cinco semanas, se impartieron con las variables antes

mencionada mediante, conferencias, taller y CTP. El grupo de 31 médicos se evaluó el incremento del nivel de conocimiento adquirido sobre la enfermedad mediante la aplicación del instrumento.

1) TITULO: Programa educativo para incrementar el nivel de conocimiento sobre lepra en médicos de familia.

2) FUNDAMENTACION:

Este taller se impartió como parte del proceso de perfeccionamiento en el cual se encuentra involucrado todo nuestro sistema de salud, siendo un paso importante el adiestramiento del personal médico de la atención primaria de salud en el tratamiento de las enfermedades infecciosas dermatológicas que comúnmente pueden encontrarse en el área.

3) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento sobre Lepra en los médicos de familia después de una intervención educativa para mejorar conducta en el manejo de esta enfermedad en el periodo enero a septiembre 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Relacionar los profesionales de la muestra de acuerdo a las siguientes variables:

- Tiempo de graduado
- Capacitaciones recibidas en el último año.

2- Valorar el nivel de conocimiento de los profesionales antes y después de la intervención educativa en cuanto al comportamiento de las siguientes variables:

- Síntomas y signos de alerta de la lepra.
- Criterio de diagnóstico precoz.
- Nervios que se engrosan en la lepra.
- Vía de transmisión.
- Periodo de incubación.
- Conducta a seguir ante un caso confirmado de lepra

3- Evaluar el nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa.

4- Diseñar un plegable que aporte información sobre aspectos medulares de la Lepra.

4) REQUISITOS DE INGRESOS:

Médicos que laboren en el Policlínico Primero de Enero.

5) DURACION:

Los encuentros se realizarán semanales y con un periodo de tiempo de 1 mes. El grupo recibió un total de 5 encuentros (1 vez por semana).

6) MODALIDAD:

Conferencias, Taller, CTP.

7) PERFIL DEL EGRESADO:

Los médicos de este curso contarán con el conocimiento necesario acerca de la lepra permitiéndole esto el mejor conocimiento para un diagnóstico precoz así como las medidas profilácticas de la población.

8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

- SEMANAS LECTIVAS: Cinco.
- FRECUENCIA SEMANAL: una vez por semana (todos los Viernes) hasta tener 5 frecuencias.
- TOTAL DE HORAS: 10 horas

Se realizó en un local del Policlínico Comunitario Docente José Agustín Mas Naranjo Primero de Enero con una matrícula de 31 médicos.

El mismo se planificará de la siguiente forma:

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	7-5-10	4-6-10

9) PROGRAMA ANALÍTICO:

Todos los temas que son tratados en el curso se han preparado con aplicación a situaciones problemáticas de salud en relación con la metodología de OMS para el control de enfermedades infecciosas en los principios de la epidemiología.

SEDE: Centro Municipal de Educación para la Salud.

TEMA Nº 1: Presentación del programa

Objetivo: Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación, creando un ambiente de confianza, desinhibición, y planteamiento de la problemática sobre el Hansen.

Contenidos:

- ❖ Presentación de los participantes y el programa
- ❖ Aplicación de la encuesta
- ❖ Cierre

Tipo de actividad: Conferencia y Taller (Dinámica de grupo)

Recursos: Papel, lápiz, pizarra acrílica.

Frecuencia: 1 vez a la semana

Participantes: Médicos del municipio de Primero de Enero.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas formuladas en el cuestionario.

TEMA N°.2: Aspectos clínicos epidemiológicos de la Lepra

Objetivo: Identificar los síntomas y signos de la enfermedad así como el diagnóstico de la misma en aras de evitar su posible propagación.

Contenido: Distribución de la enfermedad. Cuadro clínico de la enfermedad.

Período de incubación. Diagnóstico positivo y diferencial.

Tipo de actividad: Conferencia y CTP.

Recursos: Pizarra, Lápices y hojas.

Frecuencia: 1 vez a la semana

Responsable: Coordinador del proyecto.

Participantes: Médicos del municipio de Primero de Enero.

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

TEMA N° 3: Deformidades o discapacidades producidas en la Lepra.

Objetivos: Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de las principales discapacidades y las medidas de rehabilitación para evitarlas.

Contenido:

- ❖ Principales discapacidades producidas en los enfermos de Lepra.
- ❖ Medidas de rehabilitación para prevenir dichas discapacidades.

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora y pizarrón

Frecuencia: 1 vez a la semana

Responsable: Coordinador del proyecto.

Participantes: Médicos del municipio de Primero de Enero.

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

TEMA N°.4: Prevención del Hansen

Objetivo: Identificar las medidas de prevención que se establecen para la misma, precisando cómo actuar ante la presencia de un caso sospechoso.

Sumario:

1. Principales medidas para prevenir el Hansen
2. Conducta a seguir ante un caso posible.
3. Vigilancia Epidemiológica.

Objetivo: Identificar las medidas de prevención que se establecen para la misma, precisando cómo actuar ante la presencia de un caso sospechoso.

Tipo de actividad: conferencia y debate

Recursos: Computadora, pizarrón y pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Responsable: Coordinador del proyecto.

Participantes: Médicos del municipio de Primero de Enero.

TEMA Nº 5: Cierre y evaluación.

Objetivo: Evaluar el incremento de conocimientos sobre Hansen alcanzado por los trabajadores de la salud de los consultorios del Médico de la Familia del área sur de Morón una vez concluido el programa educativo.

Contenido: Reafirmación de los temas impartidos (Utilización de Plegables)

Aplicación de la encuesta

Tipo de actividad: Debate. Se distribuyeron Plegables sobre Hansen, que contienen los contenidos necesarios y pertinentes para garantizar la consolidación de los conocimientos.

Recursos: Lápices, hojas, plegables.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Coordinador del proyecto.

Participantes: Médicos del municipio de Primero de Enero.

Bibliografía:

1. 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. [artículo en línea]. MEDISAN 2002; 6(2).
2. Trujillo A. Una vida digna para todos los leprosos. Diario Médico. COM 2002. 24 de mayo.
3. Gómez, José Luis México: el conocimiento de la lepra parte I: la miseria Arch. argent. dermatol; 56(2):81-84, mar.-abr. 2006.
4. González PM. Historia de la lepra en Cuba. La Habana: Publicación del Museo de Historia de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"; 1993:308-401.
5. Dra. Silvia Venero Fernández. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Rev Cubana Hig Epidemiol 2006; 44(3)
6. Estrada SI. Algunos aspectos de la bacteriología del Mycobacterium leprae. Rev Cubana Med Trop 1993; 45(1):8-12.
7. González Goizueta L. Lepra: un estigma médico y social sin erradicar (monografía en Internet). Citado 24 enero 2003.
8. <http://www.almamater.cu/diversos/paginas/lepra.htm>
9. Mc Dougall 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; 1997. p. 2491-2504.
10. Centro para el control de enfermedades. Hansen's disease (Leprosy). Technical information (monografía en Internet). 2003.

10) PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Profesor
		Conf.	CTP	SEM.	Taller		
Metodología para el Control del HANSEN	Elementos Generales Sobre el Programa de lepra. Se aplica la encuesta	1			1	2	Dra. Magali González López
	Aspectos clínicos epidemiológicos del hansen	1	1			2	Dra. Magali González López
	Deformidades o discapacidades producidas en la Lepra.	2				2	
	Prevención Principales medidas, Conducta a seguir ante un caso positivo Vigilancia Epidemiológica.	2				2	Dra. Magali González López
	Cierre y Evaluación Aplicación de la encuesta		2			2	Dra. Magali González López
Total docencia		6	3		1	10	
Horas totales curso						10	

11) EVALUACION: Cuanti-Cualitativa

- La asistencia y puntualidad.
- La participación, habilidades demostradas durante el desarrollo del curso

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE LEPROA.

Título: Intervención educativa sobre lepra en médicos del municipio Primero de Enero. Enero a Septiembre de 2010.

Tabla 1: Distribución de los médicos de acuerdo a los años de graduado.

Años de graduado	Nro	%
Menos de 1 año	-	-
De 1 a 4 años	18	58.1
De 5 a 9 años	7	22.6
Más de 10 años	6	19.3
Total	31	100

Fuente: Encuesta.

De acuerdo a los años de graduado en la tabla 1 se observa que el 58.1 % (18) de los médicos tenían entre 1 y 4 años de graduado, el 22.6 % (7) tenían entre 5 y 9 años y solo el 19.3 % tenían más de 10 años.

Tabla 2: Distribución de los médicos de acuerdo a si ha recibido capacitación sobre la enfermedad en el último año.

Capacitación	Nro	%
SI	6	19.4
NO	25	80.6
Total	31	100

Fuente: Encuesta

En lo que respecta a si los médicos habían o no recibido capacitación en el último año el 80.6 % (25) de los encuestados manifestó nunca haber recibido la capacitación sobre el tema investigado, a penas un 19.4 % respondió afirmativamente. Estos resultados nos dan una motivación más de peso para la realización de esta intervención.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los encuestados acerca de los síntomas y signos de alerta para el diagnóstico de la Lepra.

Síntomas y Signos de Alerta	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	10	32.3	27	87.1
Medio	21	67.7	4	12.9
Bajo	-	-	-	-
Total	31	100	31	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 que explora el nivel de conocimiento de los médicos sobre los síntomas y signos de alerta de la enfermedad podemos apreciar en la encuesta inicialmente el 67.7 % obtuvo un nivel medio. Después de la intervención educativa el incremento de sus conocimientos fue notable (87.1 %), solo el 12.9 % de los encuestados clasificaron con nivel medio.

En la lepra es necesario identificar tanto las manifestaciones precoces como aquellas que hagan sospechar la presencia de la enfermedad en cualquiera de sus formas clínicas en este aspecto los participantes en nuestro estudio mencionaron como signos típicos, manchas, caída de la cola de las cejas, pero hubo aspectos a los que ninguno hizo referencia como entumecimiento de manos y pies y obstrucción nasal crónica de causa desconocida. En diferentes estudios se ha demostrado que en este saco de sintomatologías se esconden enfermos, en el caso de neuropatías periféricas se han diagnosticado casos

de lepra lepromatosa de evolución tórpida por estar diagnosticado muchos años como una neuritis periférica.

En un estudio realizado en el municipio Limonar el (51,21 %) respondieron no saber los síntomas y ninguno asoció la obstrucción nasal a la sospecha de esta enfermedad (27). Idénticos resultados encontró la Dra. Pérez Herrera en el Área de salud sur del municipio Morón (28).

Tabla 4. Nivel de Conocimiento de los médicos sobre criterio de diagnóstico precoz de la Lepra.

Diagnóstico Precoz	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	13	41.9	29	93.5
Medio	17	54.8	2	6.5
Bajo	1	3.2	-	-
Total	31	100	31	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 donde se miden los conocimientos para diagnosticar la enfermedad precozmente, inicialmente el 54.8 % conocían al menos uno de los criterios para diagnóstico precoz de la enfermedad (características clínicas y el tiempo transcurrido desde que aparecieron los primeros síntomas y el diagnóstico de la enfermedad) y una encuesta para un 3.2 % obtuvo nivel de calificación bajo. Al analizar los resultados de las encuestas finales encontramos un notable incremento del porcentaje (93.5 %) de los médicos sabían identificar los requisitos que debe reunir un paciente para que su diagnóstico sea precoz.

La detección precoz de la enfermedad es sumamente importante tanto para los enfermos como sus familiares y convivientes aspecto en el que papel fundamental lo desempeña el médico de la atención primaria de salud.

Para que un paciente sea diagnosticado precozmente el tiempo que media entre los primeros síntomas y su diagnóstico como caso no deben exceder de los doce meses y el mismo no presente discapacidades, aspecto último muy poco señalado por los encuestados y de gran importancia pues cuando se

detectan a tiempo son leves y reversibles. Con intervenciones educativas a los enfermos enseñándole la forma de realizar ejercicios y prácticas sencillas evitamos que las mismas sean graves y permanentes (20, 27).

Tabla 5. Nivel de conocimiento de los encuestados acerca de los nervios que más frecuentemente se afectan en la lepra.

Nervios que mas se afectan	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	6	19.4	28	90.3
Medio	15	48.4	2	6.5
Bajo	10	32.2	1	3.2
Total	31	100	31	100

Fuente: Encuesta

Con relación a los nervios que con más frecuencia se afectan con el desarrollo de la enfermedad antes de la intervención educativa: el 32.2 % (10) los desconocía, un 48.4 % identificaba al menos 3 nervios y solo un 19.4 % identificó los nervios que más comúnmente se afectaban, después de la misma el nivel de conocimiento se elevó a alto con el 90.3 % y solo uno de los médicos quedó con nivel bajo (Tabla 5).

En el sistema nervioso periférico se pueden afectar grandes troncos nerviosos como el radial, cubital, mediano, ciático poplíteo externo, aurículo temporal, etc., provocando neuritis con las consecuencias lógicas de la alteración de las fibras tanto sensitivas como motoras del nervio afectado. Estas neuritis son de distribución simétrica y algunas pueden hacerse colicuativas y abcedarse, terminando con la destrucción del nervio afectado.

Es muy importante conocer los nervios que se afectan en la enfermedad pues si los conocemos vamos a examinarlos y de ahí que podamos también prevenir

la afectación (lesión o destrucción) de los troncos nerviosos responsable de las discapacidades (13).

Tabla 6: Nivel de conocimiento de los encuestados acerca de las vías de transmisión de la enfermedad.

Vías de la Enfermedad	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	13	41.9	31	100
Medio	18	58.1	-	-
Bajo	-	-	-	-
Total	31	100	31	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 6 se observa el nivel de conocimiento de los médicos sobre las vías de transmisión planteadas en la lepra y encontramos que antes de la intervención el 58.1 % de los médicos conocían al menos una de las vías planteadas alcanzando un nivel medio, después de la misma el 100 % obtuvo nivel alto de conocimientos pues refieren que la enfermedad se transmite por una de las dos vías invocadas (vías respiratorias superiores o por la piel no íntegra).

La lepra es una enfermedad transmisible cuya vía de transmisión se plantea es desconocida para algunos autores, Se adquiere presumiblemente por contacto prolongado con enfermos bacilíferos, pero solo una proporción pequeña de los individuos contaminados desarrolla lesiones, aunque la infección subclínica es muy común. En la actualidad según la doctora Laura C Hurtado, dermatóloga jefa

del Programa de Control de Lepra en el municipio habanero de Arroyo Naranjo, contrario a lo que muchos piensan, aún con una tasa de menos de uno por cada 10 mil habitantes, la enfermedad se halla entre nosotros.

En estudios realizados por Pérez herrera y Frómata en el municipio Morón en los profesionales de la salud del área sur y en el hospital se obtuvieron similares resultados y un porcentaje del 10.00% obtuvo calificaciones bajas (28, 29).

Tabla 7: Nivel de conocimiento de los médicos acerca del período de incubación de la enfermedad.

Período de incubación de la enfermedad	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	8	25.8	31	100
Medio	2	6.5	-	-
Bajo	21	67.7	-	-
Total	31	100	31	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 7 que refleja el conocimiento de los médicos sobre el tiempo promedio de período de incubación de la enfermedad, el 67.7 % no lo conocía por lo que obtuvieron nivel bajo de conocimientos antes de la intervención educativa, después de la misma el 100 % respondió correctamente por lo que la calificación fue alta.

El período de incubación es por regla general de 3 a 5 años, con una evolución más corta en los pacientes tuberculoides, pero mucho más prolongada en los lepromatosos. Hay autores que plantean que puede extenderse hasta 20 años.

Cuando consultamos la bibliografía encontramos resultados muy similares en estudios realizados en Brasil por Quaggio y Fleury (29, 30). De igual manera ocurrió en los estudios de Pérez Herrera y Frómeta en el municipio Morón (28, 29, 30).

Tabla 8: Nivel de conocimiento de los médicos acerca de la conducta a seguir ante un caso sospechoso o probable de lepra.

Conducta a seguir ante un Caso Sospechoso o Probable	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	9	29.0	30	96.8
Medio	20	64.5	1	3.2
Bajo	2	6.5	-	-
Total	31	100	31	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 8 se pueden observar los resultados obtenidos al evaluar los conocimientos de los médicos en cuanto la conducta a seguir en un caso sospechoso o probable, el 64.5 % de los encuestados obtuvo calificación media en este aspecto y dos clasificaron como bajo. Después de implementada la intervención educativa el 96.8 % (30) obtuvo nivel de conocimiento alto y solo uno quedó en nivel medio. Ninguno de los encuestados se evaluó de bajo.

Es muy importante conocer la conducta a seguir para realizar un diagnóstico precoz, debemos tener en cuenta llenar la historia epidemiológica, control de los contactos así como su Examen Dermatoneurológico, la quimioprofilaxis, control del tratamiento, y la educación sanitaria.

En las normas técnicas para el control y tratamiento de la Lepra (20) se maneja con claridad la importancia del seguimiento de los pacientes que son contactos

y de los sospechosos de Lepra con exámenes dermatoneurológicos anuales y consultas de chequeo periódico (31).

Tabla 9: Nivel de conocimiento general de los médicos sobre Lepra antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	8	25.8	29	93.5
Medio	18	58.1	2	6.5
Bajo	5	16.1	-	-
Total	31	100	31	100

N= 31

=0.05

p=0.000

Fuente: Encuesta

Como se puede apreciar en la Tabla 9 el nivel de conocimientos general del grupo al inicio del estudio se calificó de medio (58.1 %). Una vez que se aplicó la intervención educativa este nivel de conocimientos se modificó y la calificación alcanzada entonces fue alta (93.5 %).

La media para el antes de acuerdo a la calificación alcanzada por los médicos fue de 68.1 puntos lo que la clasifica en la categoría de medio, para el después clasificar en la categoría de alto con una media de 94 puntos.

En el análisis del Test estadístico para la media se demuestra que existen evidencias significación estadística en cuanto al nivel de conocimientos alcanzado en el grupo entre el antes y después que se aplicó la intervención al rechazar la hipótesis nula (H_0) $0.000 < 0.05$, ($p < 0.05$) que se corrobora al observar los Intervalos de confianza(IC) para el antes después, antes el IC(61.3; 69.8) y después (89.3; 96.1) donde las medias se encuentran dentro del intervalo; por lo que se puede afirmar con una confiabilidad del 95 % que la

intervención educativa implementada fue efectiva para elevar el nivel de conocimientos de los médicos en el municipio Primero de Enero.

CONCLUSIONES

La totalidad de médicos que recibió capacitación fue del 19.3 % y tenían más de 10 años de graduado. Antes de la intervención educativa existía un nivel de conocimiento medio de 58.0 % en los médicos. Después de aplicada la intervención educativa se elevó el nivel de conocimiento de los médicos de familia sobre la lepra en cuanto a aspectos relacionados con el diagnóstico precoz y adecuado tratamiento de la misma, para alcanzar niveles altos de 93.5 %, quedando demostrado así la efectividad de la esta estrategia en los profesionales de la salud lo que contribuirá a corto plazo un mejor control de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Extender esta estrategia de educación a otros municipios de la provincia con miras a mejorar la calidad de la búsqueda de casos de la enfermedad.

Realizar estudios de mayor profundidad en la búsqueda de respuesta a un grupo de interrogantes aun sin resolver relacionadas con la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fitzpatrick TB, Eisein AZ, Wolf Flaus MD. Dermatología en Medicina General. Editorial Medica Panamericana;1996,3 : 1942-1960
2. Día Mundial de la Lepra [en línea] 2005 [fecha de curso 29 de junio del 2005]
URL disponible en: http://www.mayorgama.com/a/Tepic.Asp?Tepic_ID=2584
3. Fitzpatrick TB, Eisein AZ, Wolf Flaus MD, Dermatología en Medicina General. Editorial Médica Panamericana. 2003, 6:1962-1971
4. Guide to eliminating Leprosy as a Public Health Problem, Second Edition, WHO, Geneva, 1977
5. Terencio de las Aguas, José. La Lepra Pasado presente y futuro; 1999.
6. Organización Panamericana de la Salud.. Lepra al día. Boletín_ Eliminación de la Lepra de las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 2001.
7. Organización Panamericana de la Salud. . Lepra al día. Boletín_ Eliminación de la Lepra de las Américas. Washington, DC: OPS / OMS; 2002.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Guía de atención de la Lepra. [en línea] 2004 [fecha de acceso de 29 de junio del 2005]. URL disponible en: <http://www.mitrosalud.gov.co/paginas/protocolos/MinSalud/guias/29-LEPRA.htm>
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Control de Lepra. La Habana: Dirección Nacional de Epidemiología; 1988.
- 10.Boletín _ plan de acción de la OPS/OMS para la consolidación de la eliminación de la Lepra en las Américas N.8; 2000.
- 11.Organización Panamericana de la Salud .Lepra al Día. Boletín Eliminación de la Lepra de las Américas. Washington, DC: OPS / OMS; 2000.

12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Control de la Lepra. La Habana. Dirección Nacional de Epidemiología; 2001.
13. Hay más casos de Lepra en el país de los que se cree [en línea] 2002 [fecha de acceso 29 de junio del 2005] URL disponible en :
<http://www.ríonegro.com.ar/arch200210/sl6j14.html>
14. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Swrmmd D. Color Atlas and Sinopsis Of clinical Dermatology. New York: Editorial Mc Graw-Hill; 2001
15. La lucha contra la Lepra [en línea] 1999 [fecha de acceso 29 de junio de 2005] URL disponible en:
<http://www.invdes.com.mx/antteriores/agosto1999/htm/lepra.html>
16. Mecanismo de Transmisión de la Lepra [en línea] 2005 [fecha de acceso 29 de junio del 2005] URL disponible en: http://www.metro-salud.gov.co/páginas/protocolos/MinSalud/guías/29_Lepra.htm
17. Domonkos AN. Tratado de Dermatología. Editorial Científico Técnica, 1984.
18. Falabella Falabella R, Giraldo RN, Escobar. Cuaderno de Dermatología. Editorial Médica Panamericana, 1977.
19. Clínicas Dermatológicas .Dermatoepidemiología, Mc Graw Hill, volumen N.3, 1995.
20. Alonso Gómez ME y colectivo de autores. Lepra. Normas técnicas para el control y tratamiento. Ed Científica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2008.
21. Tecnesio de las Aguas. Centenario de los congresos internacionales de Lepra. Rev de Leprología, Fontilles, Vol. XXI, No. 2, Mayo - Agosto, 2004.

22. 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. 2006.
23. Estrada P, et al. Algunos aspectos de la bacteriología del Mycobacterium Leprae. Rev Cubana Medicina Tropical 2000; 45(1): 8-15.
24. OMS. Guía para la eliminación de la Lepra como problema de salud pública.
25. Bayarre Vea. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2003.
26. Clark ML. Los valores p y los intervalos de confianza: ¿en qué confiar? Revista Panamericana de Salud Pública; 2004; 15:293-6.
27. Montenegro Valera I, Prior García A de las M, Uribe-Echeverría Delgado AI, Soler Cárdenas SF, Durán Marrero K. Conocimientos de los médicos de familia sobre lepra. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; pág 22(3)
28. Pérez Herrera A E. Intervención educativa sobre Lepra en trabajadores de la salud del Policlínico Universitario Sur. Morón. Trabajo Terminación de Maestría de Enfermedades Infecciosas. Morón, Ciego de Ávila, 2009.
29. Quaggio, Cristina Maria da Paz. Hanseniasis: Quality of life of people that suffered from Hansen's who live in the social area of Instituto Lauro de Souza Lima Bauru. São Paulo; s.n; 2005. 97 p. ilus, tab
30. Fleury, R N. Priorities for leprosy research in Brazil. Hansen.int; 30(1):2-2, jan.-jun 2005.
31. Rodríguez, G; Sarmiento, M; Pinto, R. Qué se debe hacer con un paciente que se rehúsa a recibir la terapia para una enfermedad. Infectio; 9(3):152-155, sept. 2005.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ecil. Tratado de Medicina Interna. Madrid, Ed. Interamericana, t.1 vol.1, 1994.

Diorio, Suzana Madeira; Manini, Marli Izabel Penteado; Trino, Lazara Moreira; Sartori, Beatriz Gomes Carreira; Opromolla, Diltor Vladimir Araujo. Resistance to dapsone and rifampin in Mycobacterium Leprae isolated from leprosy patients of Sao Paulo State. Hansen. Int; 30(1):15-18, jan.-jun 2005.

Harrison J. Principles of Internal Medicine. 14 Ed. New York: Mc GrawHill, 1994:1020-8.

OPS/OMS. Informe Conferencia OPS-OMS sobre la Eliminación de la Lepra en las Américas. Brasilia: OPS/OMS; 1996:27-9.

Riddley Ds. Classification according to immunity. Int J lepr 1998; 43:295.

Rodríguez, Luciana Silva. Study of the antiapoptotic effect of the Mycobacterium Leprae in cells of Schwann human beings. Rio de Janeiro; s.n; out. 2005. 114 p.

World Health Organization. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2005; 80(13):13-124.

ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por este medio yo: _____,
comunico mi aprobación a participar en el estudio: Intervención educativa para
elevar el nivel de vida de los enfermos de lepra con autoría de la Lic. Fara M
Monteagudo Pérez, quien me ha explicado detalladamente las características
del mismo.

Firma: _____

ANEXO 2.

ENCUESTA

Tu participación será muy útil para tu vida profesional. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta. (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

Nombre. _____.

C.M.F No _____. Área_____.

1)-Tiempo de graduado.

1.1_____ Menor de año.

1.2_____ De 1-4 años.

1.3_____ De 5-9 años.

1.4_____ Más de 10 años

2)-Capacitaciones recibidas en el último año sobre la enfermedad.

2.1 _____ Si.

2.2_____ No.

3)- ¿Marque con una "X" los primeros síntomas o signos de alerta para el diagnóstico precoz de la lepra?

3.1-_____ Una mancha o mácula con o sin anestesia de comienzo lento.

3.2-_____ Una mancha o mácula en la piel con prurito.

3.3-_____ Varias manchas o máculas en la piel de aparición brusca.

3.4-_____ Engrosamiento de los nervios periféricos.

3.5-_____ Entumecimientos de manos y pie.

3.6-_____ Obstrucción nasal crónica.

3.7-_____ Mancha o mácula en la piel dolorosa.

3.8-_____ Caída de la cola de las cejas.

4)- ¿Cuándo se considera un diagnóstico precoz de la enfermedad?

4.1-_____ Tiempo de los primeros síntomas y el diagnóstico mayor de 12 meses.

4.2-_____ Tiempo de los primeros síntomas y el diagnóstico menor de 12 meses.

4.3-_____ Tiempo de los primeros síntomas y el diagnóstico mayor de 12 meses sin discapacidades.

4.4- _____ Tiempo de los primeros síntomas y el diagnóstico menor de 12 meses y sin discapacidades.

4.5-_____ Sin discapacidades.

5) ¿Cuáles son los nervios que se engrosan cuando el paciente tiene Lepra?

5.1 _____ Nervio radial.

5.2 _____ Nervio Tibial posterior.

5.3 _____ Nervio Facial.

5.4 _____ Nervio Cubital.

5.5 _____ Nervio auricular mayor.

5.6 _____ Nervio Ciática poplíteo externo.

5.7 _____ Nervio peroné.

6)- ¿Cuáles son las vías de transmisión planteadas en la enfermedad?

6.1-_____ Vía Oral.

6.2-_____ Por contacto sexual con una persona leprosa.

6.3-_____ Piel no integra.

6.4-_____ Vías respiratorias superiores.

6.5-____ Por tomar en el mismo baso.

6.6 ____ Desconocida

7)-¿Cuál es el periodo de incubación promedio de la lepra?

7.1-____ Menos de 1 año

7.2____ De 3 a 6 años

7.3____ De 1 a 2 años

7.4-____ De 3 a 5 años

8)-¿Cuál es la conducta a seguir ante un caso sospechoso o probable en su consultorio del médico de la familia?

8.1 _____ Llenar la Historia Epidemiológica.

8.2 _____ Aislarlo de la familia.

8.3 _____ Notificarlo.

8.4 _____ Orientar Desinfección de las secreciones.

8.5 _____ Chequeo de contactos.

8.6 _____ Quimioprofilaxis.

8.7 _____ Control del tratamiento.

8.8_____Educación sanitaria.