



Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

“Dr. José Assef Yara”

Título: Comportamiento de los Factores de Riesgo de Lepra en el Consultorio 4,
Pesquería, Baraguá, 2015

Autor: Dr. José Augusto Mendoza Sarmiento.

2016

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

“Dr. José Assef Yara”

Título de la Tesis

“Comportamiento de los Factores de Riesgo de Lepra en el Consultorio 4,
Pesquería, Baraguá, 2015”.

“Tesis en opción a título de Especialista en Primer Grado en Medicina General
Integral”

Autor: Dr. José Augusto Mendoza Sarmiento.

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Policlínico Gaspar

Tutora: Dra. Maite Padrón Castillo.

Especialista de Primer Grado de Medicina de Medicina General Integral. Máster
en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de la Salud. Profesora Instructor.

2016

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar agradecer a mi familia por su apoyo incondicional ya que siempre han estado en los buenos y malos momentos durante mi carrera, segundo a todos mis profesores que con su apoyo y dedicación forjaron en mi valores que me harán un hombre de bien, a Cuba, su revolución y su pueblo porque sin cambio alguno, dan lo mejor de sí para el bien de todos.

RESUMEN.

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar el comportamiento de los factores de riesgo relacionados con la Lepra en pacientes ubicados en la localidad de Santiago Rojas Salinas del Área de Gaspar, Municipio Baraguá, en el año 2015. El universo de estudio estuvo representado por 1235 pacientes dispensarizados en el Consultorio 4; y la muestra fueron 103 pacientes, contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios de los pacientes con Lepra diagnosticados en este consultorio, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se emplearon las estadísticas descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Entre los resultados se destacan las edades entre 31-40 años, el género femenino, las ama de casa, la provincia Holguín como lugar de procedencia de los casos estudiados, el nivel socioeconómico inadecuado. Como adicciones apporto más tabaquismo no así la ingestión de bebidas alcohólicas y el estado nutricional y fueron las neoplasias la entidad inmunosupresora que más aporte hizo en la casuística.

Palabras clave: Lepra, factores de riesgo.

INDICE	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Diseño Metodológico.....	19
Análisis y Discusión de los Resultados.....	25
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	44

INTRODUCCIÓN.

La Lepra (del griego lepis, que significa escama, costra) es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, un bacilo ácido alcohol resistente. Afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos. Aunque no muy contagiosa, y de nula transmisibilidad cuando está debidamente tratada, aunque los pacientes que no reciben tratamiento (o cuando éste es inadecuado) sí constituyen una fuente de contagio, debido a que pueden desarrollar una respuesta inmune insuficiente para contener la infección.

La Lepra existe desde tiempos inmemoriales, acompañando al hombre casi desde sus orígenes. Aunque la fecha en que se reconoció por vez primera es incierta, debido al cambio constante en su terminología, no hay dudas de que las denominaciones primarias tenían un significado mucho más amplio que el término empleado actualmente, refiriéndose a muchas más enfermedades, de las que hoy nosotros empleamos. 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 $5,0 \times 10^{-6}$ hab. 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. (1, 2,3)

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 $0,1-14,0 \times 10^{-6}$ hab.¹⁻³ 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)

Se estima que entre dos a tres millones de personas están permanentemente discapacitadas debido a la lepra. India es el país con mayor número de casos, Brasil ocupa el segundo lugar, y Birmania el tercero. (6,7)

En 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) listaba 91 países con lepra epidemiológicamente endémica, contabilizando 738.284 afectados. Y contabilizaba a India, Birmania y Nepal con el 70 % de los casos. En 2002, se detectaron 763 917 casos en el mundo, y para ese año la OMS listó a Brasil, Madagascar, Mozambique, Tanzania y Nepal con el 90 % de casos de mal de Hansen. [8, 9,10]

De 2003 a 2004, las estadísticas de la OMS, decreció en aproximadamente 107 000 casos (o el 21 %). En 2004, la OMS contabilizó 407 791 nuevos casos.

Aunque el número de casos continúa disminuyendo, hay bolsones de alta prevalencia en ciertas áreas tales como Brasil, Sudeste Asiático (India, Nepal), partes de África (Tanzania, Madagascar, Mozambique) y el oeste del Pacífico. (11,12)

En Estados Unidos se cree que no se registran todos los casos (ausencia de denuncias) y puede ignorarse un aumento de casos; allí se articula con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). (13)

La OMS reportó en septiembre de 2015, las estadísticas del año 2014 correspondiente a 121 países en 5 regiones. Se recibieron los datos de 29 países de África (9% casos), 31 países de la Región de las Américas (16% casos), 19 países del Mediterráneo Oriental (1% casos), 11 países de la Región de Asia Sudoriental (72% casos) y 31 países del Pacífico Occidental (2% casos) (14,15)

En las Américas, durante el período 2006 a 2013 se registró una disminución progresiva de los casos nuevos de lepra, de 47.612 en 2006 a 33.084 en 2013 (reducción de 30,5%), en el mismo período la prevalencia disminuyó de 0,72 por

10.000 habitantes en 2006 a 0,33 en 2013 (reducción de 54,2%). Se detectaron casos nuevos en 24 de los 35 países de las Américas. La mayor carga de enfermedad ocurre en Brasil, en donde se informaron 31.044 casos nuevos en 2013, 93,9% del total. De los 33.084 casos nuevos informados en la Región ,2.168 (6,6%) tenían discapacidad grado dos (16,17).

La provincia de Ciego de Ávila ha tenido un comportamiento similar al resto del país, desde el año 1997 hasta noviembre de 2007 se han detectado un total de 140 casos, tan solo 8 en el último año para una tasa de 1.9 por 100 mil habitantes. Durante el periodo de Enero-Diciembre de 2007 en la provincia sea presentado un incremento de 42.4 % en relación con el año anterior. (18)

En el municipio Baraguá en el año 2007 La detección de casos nuevos se comportó 2 para una tasa de 6.17 por cada 100000 habitantes y uno en 2008 para una tasa de 3.085; en el año 2009 la incidencia fue de 2 para igual tasa que el año 2007; durante el año 2010 no hubo nuevos casos ya en el año 2011 una incidencia de 2 para una tasa de 6.17, en el año 2012 existió una incidencia esta fue constituida por un contacto de un caso de prevalencia. En el año 2013 un caso para una tasa de 3.0 y en el año 2014 una incidencia de dos casos para una tasa de 6.17 por 100000 habitantes el área de salud más afectada es la de Baraguá Consejo Popular las 20 y luego el área de Gaspar Consejo popular Pesquería. La pesquisa se mantiene activa a través del estudio de los contactos donde se ha estudiado el 100 % y la población de riesgo se encuentra estudiada al 100 %.No se encontraron casos en menores de 15 años , pero en el registro de casos sospechosos se vigilan los niños contactos de pacientes.(19,20)

Por lo expuesto anteriormente se justifica la realización de esta investigación en el área de salud de Baraguá, Ciego de Ávila durante el año 2015, para describir el comportamiento de los factores de riesgo de Lepra.

Se plantea como problema de investigación que se desconocen los verdaderos factores de riesgo de la Lepra en el Consultorio 4 de Pesquería.

El estudio pretende contrastar la siguiente Hipótesis Científica: Si se conocen los factores de riesgo de la Lepra en el Consultorio 4; entonces se está en

condiciones de encaminar las acciones de forma tal que permita modificarlos y así disminuir la morbi-mortalidad del área de estudio.

OBJETIVOS:

General:

Describir el comportamiento de los factores de riesgo de Lepra en el Consultorio 4, Pesquería, Baraguá, 2015.

Específicos:

1. Determinar el comportamiento de los variables socios demográficos.
2. Identificar los factores de riesgo de Lepra presentes en la muestra de estudio.

MARCO TEÓRICO.

La Lepra se conoce que ha existido durante muchos siglos. Ya en el año 2000 a.n.e. en los libros sagrados de la India (Rig Veda y Yagur Veda) se encontraron descripciones detalladas de esta enfermedad, llamada entonces Kostha. Así mismo, en el año 1500 a.n.e., en los papiros Ebers y Brosh, en Egipto, se describe una enfermedad muy similar a la lepra. Hay también referencias de esta, en Japón, hacia el año 1000 a.n.e. en tratados de medicina japonesa, bajo el nombre de shimpo. En China hacia el año 300 a.n.e., en el libro Su-Wan, se describe una enfermedad llamada Lai-Fom que tenía características similares a la lepra. En la Biblia la enfermedad es mencionada en el levítico del Antiguo Testamento con la palabra Zaraath, y también la refieren en el Nuevo Testamento los libros de San Mateo y San Lucas, ya con el término de lepra. (21)

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.

Su presencia en Europa occidental, ha sido bien registrada en documentos, comenzando por Italia en el año 62 de nuestra era, luego en Alemania en el 180, posteriormente en España en el 600, y finalmente en Francia, en el año 800. Se extendió más tarde por el resto de los países europeos, para constituir durante toda la Edad Media un terrible azote para el viejo continente; de ahí que la enfermedad se considerara un castigo o maldición del cielo, opinión reforzada durante toda esta época por la Iglesia, por lo que llegó, en algunos países, a celebrarse ceremonias religiosas en las que se declaraba civilmente muerto al enfermo de lepra (*separatio leprosorum*). Así se constata en edictos especiales de varios reyes y papas, donde se enumeran una serie de disposiciones encaminadas a combatir a los enfermos, pues la tónica de aquella época era combatir a los leprosos olvidándose de la enfermedad. Por ello es que vemos a los leprosos literalmente separados de la sociedad, pues además de ser

expulsados de sitios públicos, maltratados físicamente, e incluso hasta asesinados, tampoco podían concurrir a ningún acontecimiento social familiar, pues al ser considerados muertos en vida, ni siquiera existían para su familia. Se les obligaba a llevar un vestuario especial y una campanilla que permitía reconocerlos, aún a larga distancia. (22,23)

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.

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 leprosos 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. (24,25)

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 leprosarios 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 leprosorios 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. (26, 27,28)

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 Anti-leprosos 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. (29, 30,31)

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 chaulmoogra, 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.(32,33)

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 habitantes. 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 clínico-quirúrgicos, y se comenzó así mismo a realizar una labor de terreno en busca de nuevos enfermos, fomentándose la realización de exámenes a los contactos.

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. (34, 35,36)

Para 1986 el número de enfermos era de 5 638, con una tasa de 0,6 x 1 000 habitantes, 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 pre-clínico 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. (37)

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 habitantes, 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 post-eliminación, 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 pre-clínico, 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.(38,39,40)

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 multidrogas 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, nos indica que debemos permanecer alertas, 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, convirtiendo en una realidad tangible lo que hace tan solo unos pocos años atrás nos pareciera una tentadora quimera.(41)

Según estudios realizados en Cuba reflejan que en la provincia de Santiago de Cuba hay una incidencia de 36 casos por cada 100 000 habitantes y con una prevalencia de 42 por cada 10 000 habitantes, en Camagüey con una incidencia 31 casos por cada 100 000 habitantes y con una prevalencia de 35 por cada 10 000 habitantes , en Granma con una incidencia de 30 casos por cada 100 000 habitantes y con una prevalencia de 44 por cada 10 000 habitantes , en la Ciudad Habana con una incidencia de 30 casos por cada 100 000 habitantes y con una prevalencia de 33 por cada 10 000 habitantes , estos valores y números nos indican que las provincias orientales son las de más pacientes con este mal.(42,43)

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.(44)

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 nos 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. (45,46))

La Lepra, es una enfermedad crónica e infectocontagiosa producida por bacterias del género *Mycobacterium*, se caracteriza por la deformación tanto en el rostro como en los miembros superiores e inferiores, engrosamiento de nervios superficiales y alteración de sensibilidad.

Etiología.

La semiología de la lepra es en función de la reacción inmune del paciente a alguna de las bacterias que producen citoquinas (que inducen y median la activación macrofágica y fagocitosis). Pudiendo tomar dos formas:

Tuberculoide: produce grandes manchas hiperestésicas y más tarde anestésicas. Son pacientes con una fuerte reacción celular pero baja humoral (baja titulación de anticuerpos): presentan por lo tanto reacción positiva a la lepromina. Los tejidos infectados normalmente tienen muchos linfocitos y granulomas, pero relativamente pocas bacterias.

Lepromatosa: origina grandes nódulos en la piel o lepromas. La progresión de las lesiones causa grandes deformaciones. En la lepra lepromatosa aparecen numerosas máculas eritematosas, pápulas o nódulos. Existe extensa destrucción de tejidos, como por ejemplo cartílago nasal y orejas, apareciendo en fases avanzadas la típica "facies leonina", caracterizada por múltiples nódulos o lepromas diseminados en la cara y pabellones auriculares, pómulos pronunciados debido a la infiltración reactiva inmunológica y caída de la cola de las cejas. También hay afectación difusa de los nervios periféricos con pérdidas sensoriales. (47,48)

Formas clínicas

Lepra indeterminada: Se considera un caso inmaduro o de inicio de Lepra, no es sistémica, solo afecta la piel y los nervios periféricos, no es infectante, y se presenta con manchas hipocrómicas, anhidráticas, anestésicas en cualquier parte del cuerpo con predominio de la región glútea, tronco, cuello, cara, miembros superiores e inferiores, siempre la baciloscopia es negativa.

Lepra tuberculoide: Es la forma benigna de la enfermedad, no es sistémica, afecta solamente la piel y los nervios periféricos, no es infectante pues los bacilos son destruidos por el mismo organismo.

Lepra dimorfa: Son inestables con variaciones inmunológicas que a veces se acercan al polo lepromatoso o al polo tuberculoide, pudiéndose asemejar a las lesiones lepromatosas o tuberculoideas. Afecta a todo el organismo excepto el sistema nervioso central. Es infectante pues los bacilos los presenta en todas partes. Se presenta como placas infiltradas, eritematosas circulares numerosas con trastornos de la sensibilidad. La baciloscopia en este tipo de lepra es de forma positiva.

Lepra lepromatosa: es la forma sistémica de la enfermedad, pero no afecta el sistema nervioso central. Puede presentarse bajo dos formas clínicas:

a) **Lepra lepromatosa nodular:** Existen lesiones nodulares y placas en cara, tronco o miembros en pabellones auriculares, prominencias óseas, región superciliar, glúteos y miembros inferiores y superiores, pero respeta cuero cabelludo, glande, axilas, plantas y palmas de pies y manos. También puede presentar alopecia de cejas y pestañas, afección del tabique cartilaginosa nasal produciendo rinitis crónica, hígado y ojos.

b) **Lepra lepromatosa difusa:** Infiltración difusa de aspecto cara de luna llena, piel de aspecto liso y brillante y turgente debido a la gran cantidad de bacilos que infiltran la piel que luego con el tiempo se atrofia y se arruga y los pabellones auriculares se alargan. La prueba bacteriológica (baciloscopia) en este tipo de Lepra es positiva.

La Lepra en la infancia tiene sus características propias, aún cuando no difiere mucho de la del adulto. Predominan la forma indeterminada, la tuberculoide y la lepromatosa que no aparece hasta los cinco años pues esta aumenta su

frecuencia con la edad, por la condición de tener un largo período de incubación. Para los autores es de vital importancia la atención que deben tener los padres debido a las características de aparición de la enfermedad en la infancia ante cualquier sintomatología que presenten los niños por muy insignificante que sea ya que estos dependen mucho de las decisiones que toman los adultos.(49,50)

Los principales grupos de riesgo

Son los que tienen contacto con casos de lepra (vigilancia por cinco años posterior al diagnóstico del enfermo). Dentro de los factores de riesgo conocidos, se encuentra la presencia de un contacto cercano, domiciliario, el tipo de lepra que

tenga ese contacto (es mayor el riesgo en la lepra multibacilar), la edad del sujeto (a mayor edad, mayor el riesgo) y las condiciones asociadas a la pobreza como hacinamiento y bajo nivel educacional, entre otras. Los autores enfatizan en el factor de riesgo la edad del sujeto (a mayor edad, mayor el riesgo) por existir en el país un alto nivel de envejecimiento por lo que la vigilancia epidemiológica debe ser más estricta.

Contagio.

Se produce, entre un enfermo con posibilidad de transmitir la enfermedad (ya que no todos los que padecen lepra eliminan bacilos fuera de su organismo, posibilidad que se elimina al administrar medicación) y una persona sana susceptible (debido a una predisposición genética, ya que la mayoría de las personas posee resistencia natural al *Mycobacterium leprae*).

Es decir, que debe conjugarse un enfermo que actúe como agente infeccioso y otra persona sana con una predisposición especial, durante un período de varios años, para que suceda el contagio.

Indicación para el estudio de los contactos: Inicia con la detección del caso índice y consta de tres etapas:

1. Estudio clínico–epidemiológico de cada contacto con su examen dermatoneurológico en los 30 primeros días de diagnosticado el caso índice.

2. Quimiopprofilaxis con rifampicina, dosis única y seguimiento por cinco años, excepto si es un caso sospechoso, se hará el seguimiento cada tres meses hasta la conclusión diagnóstica por dermatología durante un año.

3. Evaluación y cierre por el equipo de salud: Los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden serán estudiados por el dermatólogo y los extradomiciliarios por el médico de la familia.

¿Qué es un caso de lepra?

Un caso de lepra es la persona que tiene una o más de las características siguientes y sin terminar un ciclo completo de tratamiento: lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas con pérdidas definidas de sensación, engrosamiento de los nervios periféricos con merma de sensación, frotis cutáneo positivo para bacilos ácidos resistentes.

¿Qué es un foco de lepra?

Es el enfermo más el territorio circundante (consultorio médico de la familia), donde se encuentran sus contactos domiciliarios, extradomiciliarios y los ocasionales.

Factores epidemiológicos

- Raza: afecta a todas las razas. Aunque se plantea que la lepra tuberculoide es más frecuente en la raza negra.
- Sexo: La lepra lepromatosa es más frecuentes en varones y la tuberculoide se iguala en ambos sexos.
- Edad: En áreas endémicas se contrae en la infancia.
- Herencia.
- Climas Tropicales.

Tratamiento.

Históricamente, ignorándose las causas que provocan la enfermedad, se recurría a diversos rituales y oraciones religiosas.

Aceite de ginocandia.

A principios del siglo XX se utilizó aceite de ginocandia (extraído de semillas del *Chaulmoogra*) en inyección de ésteres etílicos.

En 1908, la empresa farmacéutica Bayer difundió el preparado antileprol.

En 1923 todavía se encontraban alabanzas al aceite de ginocandia en la publicación "Estudio crítico de los modernos tratamientos de la lepra" publicado por Abal (médico residente de Fontilles) y por Guillén (director médico de este leprocomio), en una comunicación al Segundo Congreso de Ciencias Médicas de Sevilla, que la consideraba la mejor medicación «hasta que se obtenga el cultivo del bacilo».

Los primeros tratamientos eficaces aparecieron a fines de 1930 con la introducción de la sulfonadapsona y derivados. Sin embargo, aparecieron cepas del bacilo de la lepra resistentes a la dapsona.

Es en los años ochenta cuando se produjo un gran avance para conseguir la curación de la enfermedad por medio de tratamiento con administración de varios fármacos de forma simultánea (MDT).

Actualmente se administra por vía oral Dapsona (DDS) 50 a 100 mg/día, y simultáneamente rifampicina 10 mg/kg por día para reducir la posibilidad de resistencia a DDS. Si hay fiebre, granulocitopenia o ictericia, se interrumpe la DDS y se administra clofazimina 1 a 4 mg/kg por vía oral.

Según las recomendaciones médicas actuales, el tratamiento de la enfermedad debe prolongarse entre seis meses y dos años, según las formas, y se basa en la administración de sulfonas junto a los otros fármacos ya mencionados (rifampicina y clofazimina).

En 1987, el médico e investigador venezolano Jacinto Convit fue distinguido con el Premio Príncipe de Asturias por descubrir la cura para esta enfermedad. (47, 48,49)

DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con el objetivo de determinar el Comportamiento de los Factores de Riesgo de Lepra en un grupo de pacientes del consultorio 4, municipio Baraguá en el 2015.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio estuvo representado por 1235 pacientes dispensarizados en el Consultorio Médico de Familia 4 en Santiago Rojas Salinas en el 2015; y la muestra de estudio por 103 pacientes que constituyeron los contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios de los 3 pacientes con Lepra diagnosticados.

Criterios de inclusión:

- Pacientes residentes permanentes en el área de salud del Consultorio Médico de Familia 4, Pesquería –Baraguá, que son contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios de los pacientes diagnosticados con Lepra.
- Que estén de acuerdo a participar del estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Residentes Temporales.
- Abandono por decisión propia.

Operacionalización de las variables.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	0 a 10 11 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 Más de 60 años	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Número y porcentaje Según grupo de edad
Genero	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Género según construcción social que define los caracteres masculino y femenino , roles y responsabilidades	Número y porcentaje Según grupo de pertenencia.
Labor que	Cualitativa	Ama de Casa	Función que	Número y

realiza	Nominal Politómica	Campesino Obrero Dirigente Cuenta Propista Desocupado	desempeña el individuo en la sociedad para su sustento	porcentaje según grupo de pertenencia
Lugar de Procedencia	Cualitativa Nominal Politómica	Holguín Santiago de Cuba Granma Ciego de Ávila	Provincia donde vivieron sus primeros 16 años de vida	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel socioeconómico	Cualitativa Nominal Dicotómica	Adecuado Inadecuado	Se refiere a la per cápita familiar. Adecuado (\geq a 250 pesos MN). Inadecuado (\leq a 250 pesos MN).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Hacinamiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Cuando hay un índice de mayor de 3 personas por habitación sin contar con el baño y la cocina.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Consumo de alcohol	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Alcohólico cuando bebe alcohol con una cantidad y frecuencia mayor de 20 ml con periodicidad	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

			<p>mayor de 3 veces a la semana y que experimente más 5 estados de embriaguez en un año.</p> <p>Debe considerarse que 100 ml de alcohol equivalen a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ½ litro de ron. • 1 litro de vino. • 7 botellas de cerveza. • 250 ml de bebidas espirituosas.* 	
Consumo de cigarro	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Consumo de 5 o más cigarrillos al día	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Estado Nutricional	Cualitativa Nominal Politómica	Bajo Peso Normo Peso Sobre Peso Obeso	Según Índice de Masa Corporal	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Enfermedades inmunosupresoras	Cualitativa Nominal	Si No	Enfermedades que actúen deprimiendo el	Número y porcentaje según

	Dicotómica		sistema inmune, (VIH/SIDA, diabetes mellitus, nefropatías, bajo peso corporal, neoplasias, enfermedades pulmonares crónicas, operaciones gástricas, hemofilia).	grupo de pertenencia.
--	------------	--	---	-----------------------

Obtención de la información.

La información se obtuvo a través de un cuestionario confeccionado y aplicado por el autor de la investigación (Anexo 2), avalado por el consejo científico municipal, correspondiendo a los objetivos trazados reflejando las diferentes variables necesarias para el estudio. Además se utilizaron las historias clínicas de los pacientes.

La información fue resumida en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

Técnicas y procedimientos.

Para obtener los fundamentos teóricos que permiten abordar la problemática en estudio se realizó una revisión de la bibliografía actualizada sobre el tema en formato impreso y disponible en los Centros de Información de Ciencias Médicas existentes en el país, además de una búsqueda de información y estudios publicados por Internet, en los sitios nacionales e internacionales también se utilizó las historias clínicas individuales y los modelos de EDO de cada caso, más un cuestionario creado por el autor y validado por expertos, lo que permitirá la obtención de los datos del estudio.

Se aplicó cuestionario a la muestra de estudio para recoger la información relacionada con las variables en estudio, el que se confeccionó de acuerdo a las variables descritas.

Se empleó métodos de estadística descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó además técnicas estadísticas.

Los métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Se seleccionaron una serie de variables que permitieron cumplir los objetivos en la investigación; descritas en acápite operacionalización de variables.

La encuesta (Anexo 2) fue aplicada a cada paciente en el 2015. Este instrumento se aplicó de forma personal por el autor mediante la entrega del mismo para su llenado en visitas al hogar. De esta forma se recolectó el dato primario.

El cómputo de los datos recogidos fue procesado, vaciado y analizado en tablas de frecuencias absolutas y relativas; se discutieron y compararon con la bibliografía consultada para llegar a conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados. Los resultados fueron expresados en No y % como medida de resumen.

Aspectos éticos.

En el desarrollo de esta investigación se mantendrá como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos.

Se pedirá a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (Anexo 1).

Se explicará el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistirá en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantendrá desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leerá, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Se aplicarán los principios de beneficencia y no maleficencia al procurar el bienestar de todos los participantes, sin establecer distinciones ni prioridades por lo que la justicia formará parte de toda la práctica médica implicada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Comportamiento de los Factores de Riesgo de Lepra en el Consultorio 4, Pesquería, Baraguá, 2015

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad en el consultorio 4 en Santiago Rojas Salinas, municipio Baraguá. 2015

Grupos de edades	No	%
0 a 10	13	12.60
11 a 20	12	11.60
21 a 30	15	14.60
31 a 40	21	20.40
41 a 50	10	9.70
51 a 60	17	16.50
Más de 60 años	15	14.60
Total	103	100

En esta tabla 1. Se observa el predominio de la edad entre 31 y 40 años con un 20.4%, resultados que concuerdan con datos del Anuario Estadístico de Salud del 2012 realizado por el Ministerio de Salud Pública y por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Los cuales indican que el mayor número de contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios de personas con Lepra se encuentran en este rango de edades. Coincide también con estudio hecho en España por E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández. Donde refleja en el 2011 que las edades que predominan fueron 25 a 44 años. Estudios realizados por el Ministerio de Salud en Brasil entre el 2010 y 2012 uno de los países con mayor número de pacientes de Lepra describen al adulto joven entre los 25 y 45 años como los más vulnerables a padecer esta enfermedad.

Tabla 2. Distribución de la muestra según su género.

Genero	No	%
Masculino	35	33,98
Femenino	68	66,01
Total	103	100

La tabla 2 refleja que hay un predominio de género femenino con 68 personas para un 66.01 %; y 35 personas del género masculino para un 33.98 %, aunque esta tabla muestra mayor porcentaje de féminas, entre los contactos intra y extradomiciliarios sin embargo los 3 casos positivos de Lepra son masculino, lo que coincide con estudios realizados en el año 2011 por la Organización Mundial de la Salud que indican que la lepra se produce mayormente en el género masculino y sobretodo la lepra lepromatosa. Similares resultados se obtuvieron en Colombia y Brasil indistintamente donde el 63,3 % (224 casos) de los casos nuevos registrados corresponden al género masculino reporto la OMS, en el 2014.

Esta casuística pudiera ser explicada en el área de pesquería debido a que es un asentamiento poblacional donde el mayor numero poblacional proceden de áreas endémicas del oriente del país ya que a partir de la década del 80 se le oferta la posibilidad del trabajo en la agricultura a hombres de estas provincias que se encontraban sin vinculo laboral.

Tabla 3. Distribución de la muestra según la labor que realiza.

Labor que realiza.	No	%
Ama de Casa	56	54,36
Campesino	10	9,7
Obrero	34	33
Dirigente	0	0
Cuenta Propista	1	0,97
Desocupado	2	1,94
Total	103	100

La tabla 3 (labor que realiza) demuestra que predominan las ama de casa con 56 féminas de un total de 103, para un 54.46% donde se evidencia que en esta área rural la mayor fuente de empleo es la actividad agrícola, propiamente dicha, adjudicada sociohistoricamente al género masculino ya que por concepto de género las tareas más fuertes y rudas se le asigna a la masculinidad, lo que de igual forma queda demostrado en el análisis de los indicadores antes expuesto.

Las posibilidades de empleo principalmente se circunscriben a la actividad agrícola seguido del obrero con 34 pacientes para un 33%, y campesinos con 10 pacientes para un 9.7%. Distribución que nos indica que las personas no llevan una vida satisfactoria y cómoda, el bajo nivel de escolaridad, el bajo ingreso en el hogar, son causas de los factores de riesgo de la Lepra.

Estudios realizados en Latinoamérica refieren que el pobre ingreso económico, el bajo nivel educativo, están asociados a eventos de aparición de casos de Lepra. Los estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud en las regiones de las Américas en el 2013 verifican y constatan que en el área rural es en donde se encuentran la gran mayoría de los casos de Lepra diagnosticados hasta esa fecha. En México el Ministerio de Salud realizó una comparación entre las zonas urbanas y rurales para determinar cuál de estas dos zonas predominan los casos de Lepra y el resultado que arrojó fue que en el área rural se encuentran los casos diagnosticados de Lepra en México. En Perú al hacer el

mismo estudio la Universidad de Medicina Daniel Alcides Carrión logro determinar que los casos diagnosticados en Perú pertenecían abrumadoramente al área rural siendo los campesinos y amas de casa los más perjudicados en relación con el área urbana.

Tabla 4. Distribución de la muestra según lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	No	%
Holguín	72	69.90
Santiago de cuba	15	14.60
Granma	10	9.70
Ciego de Ávila	6	5.80
Total	103	100

Tabla 4. Esta tabla expone la procedencia de los pacientes incluidos en la investigación siendo Holguín la provincia oriental que aporta los 3 casos positivos de Lepra así como los contactos intra y extra domiciliarios del consultorio 4, con 72 pacientes para un 69.90 % seguido de Santiago de Cuba y Granma con un 14,6 y 9,7 respectivamente. Al revisar la literatura se encontró similares resultados en una investigación realizada en las provincias occidentales.

En el caso índice se tiene conocimiento de que provino de una de estas provincias mencionadas en la tabla , específicamente de la provincia de Holguín , este caso índice al establecerse en el área del consultorio 4 comenzó a entablar amistad con los casos que futuramente serian diagnosticados con Lepra pero que compartían el mismo habito del consumo de alcohol , este caso índice al ser portador y no manifestar síntomas tempranos en un momento comenzó a infectar

a esas personas ya que entre ellos tomaban de la misma botella o el mismo vaso, al fallecer el caso índice este ya portaba los signos característicos de la Lepra, fue entonces donde se comenzó a realizar el examen dermatoneurológico a todos los contactos de este caso índice y fue así como poco a poco fueron diagnosticándose los siguientes casos hasta la fecha.

Tabla 5. Distribución de la muestra según nivel socioeconómico.

Nivel Socioeconómico	No	%
Adecuado	25	24,27
Inadecuado	78	75,72
Total	103	100

La tabla 5 muestra que 78 personas poseen un inadecuado nivel socioeconómico para un 75.72%. Estos resultados están relacionados con el bajo nivel adquisitivo de la población en estudio, la cual trae como consecuencia la inadecuada ingesta de alimentos, inadecuada vivienda, los pobres estilos de vida elementos que constituyen factores de riesgo de enfermedades transmisibles como la Lepra, la tuberculosis. Resultados que coinciden con los reportados en las Tablas comparativas del 2009 en Perú por la Universidad de Medicina Daniel Alcides Carrión.

La Organización Panamericana de la Salud realizó un perfil epidemiológico de las enfermedades desatendidas asociadas a la pobreza y halló que el bajo nivel socioeconómico es uno de los factores de riesgo perennes en los casos de Lepra en Latinoamérica y en el Caribe.

Tabla 6. Distribución de la muestra según presencia de hacinamiento.

Hacinamiento	No	%
Presente	33	32,03
Ausente	70	67,96
Total	103	100

Aunque la tabla 6 refleja que la mayoría de los contactos intra y extradomiciliario 70 personas no viven en hacinamiento para un 67.96% si se evidencio que los 3 casos índice están incluidos en las 33 personas que si conviven con hacinamiento para un 32.03% elemento a vigilar ya que la población de riesgo es la que reside en la cuadra del enfermo y frente al mismo siendo necesario la dispensarizacion y vigilancia durante 5 años a través del examen dermatoneurológico ya que la probabilidad de que aparezca otros enfermos en esta comunidad es alta .

Estudios realizados en el 2014 en la provincia de Guantánamo publicado en la revista de Información Científica señala que el hacinamiento es un factor muy importante en la aparición de la Lepra, al igual que las investigaciones realizadas en Perú por la Universidad de Medicina Daniel Alcides Carrión.

El Ministerio de Salud de Brasil reporta los casos estudiados de Lepra del 2010 al 2012 donde el hacinamiento es el principal factor de riesgo.

Tabla 7. Distribución de la muestra según Ingestión de alcohol.

Ingestión de alcohol	No	%
Si	19	18,44
No	84	81,55
Total	103	100

En la tabla 7 se observa que el mayor por ciento de los casos estudiados 84 para un 81.55% no ingerían bebidas alcohólicas elemento que puede explicarse ya que el mayor número de casos intra y extradomiciliario estudiado eran mujeres y amas de casa. Llama la atención que entre las 19 personas que si consumían (18.44%). Se encontraban los 3 casos índice de Lepra, resultados que coinciden con los reportados por la Organización Panamericana de la Salud que plantea a la ingestión de alcohol como otro de los factores altamente relacionado con las enfermedades transmisibles Lepra, tuberculosis, vih, sida, etc.

Al realizar una observación participante en la comunidad estudiada se pudo detectar que dentro de los hábitos y costumbres de los habitantes se encuentra que los casos índice comparten el mismo vaso y tomando de la misma botella. Además el poco salario ganado por la labor que realizan lo consumen en alcohol y cigarrillos , estos elementos se corroboran ya que a nivel de comercio y gastronomía se incremento de forma general las bebidas alcohólicas y tabaco en esta zona , no así la venta de vegetales , frutas .

Tabla 8.Distribución de la muestra sobre el consumo de cigarrillos.

Consumo de cigarrillos	No	%
Si	83	80,58
No	20	19,41
Total	103	100

Tabla.8 se observa que 83 pacientes para un 80,58% consumen cigarrillos dentro de los que se encuentran los 3 casos índices. Es sorprendente siendo en esta casuística el mayor número de personas encuestadas del género

femenino como la adicción tabáquica prevalece en ellas lo que demuestra un trabajo insuficiente del equipo básico de salud relacionado con el programa de tabaquismo.

En la literatura revisada internacional se encontró estudios realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia e Investigaciones sobre la Lepra, en España que el consumo de cigarrillos es algo habitual en los casos de Lepra y que se necesita un fuerte componente tanto personal como del estado para combatir este habito tan perjudicial en estos pacientes. Elementos estos que nos dan ventaja ya que en Cuba existe una estrategia multicomponente para el tratamiento de las adicciones tabáquicas así como una estrategia educativa y comportamental que debe ser evaluada en cada área de salud.

Tabla 9. Distribución de la muestra según estado nutricional.

Estado Nutricional	No	%
Bajo Peso	12	11,65
Normo Peso	70	67,96
Sobre Peso	15	14,56
Obeso	6	5,82
Total	103	100

El estado nutricional (tabla 9) refleja que 70 pacientes para un 67.96% eran normopeso, y que 12 para un 11,65% eran bajo peso categoría dentro de las que se encontraron los 3 casos índice. Según los estudios realizados por el Ministerio de Salud de Brasil en el 2010 al 2012 la mala alimentación contribuye a que la Lepra se manifieste con más fuerza y con más rapidez ya que el organismo no se encuentra en perfectas condiciones para combatirlo. Según la Organización Mundial de la Salud al realizar una guía en el 2011 para la eliminación de este mal en la India tuvo que realizar mejoras en cobertura de la alimentación ya que demostró que los pacientes con Lepra presentaron un estado nutricional deplorable.

Aunque la mayoría de los contactos intra y extradomiciliario son normopeso si se demostró que los casos índice presentaban una desnutrición por defecto, ya que sus hábitos alimentarios eran inadecuados por la sustitución de una dieta balanceada por el consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo, condiciones que llevan a las personas a una depauperación total y los hace más vulnerables a enfermedades transmisibles como la Lepra. En la literatura revisada hace más propenso a los contactos a padecer la enfermedad la condición de ingestión de bebidas, ya que el alcohol desplaza los nutrientes de la dieta, interfiere en su absorción e utilización condicionando una respuesta inmunológica deficiente a nivel celular y como consecuencia tienen infecciones más frecuentes y graves que las personas con un estado nutricional adecuado.

Tabla 10. Distribución la muestra según enfermedades inmunosupresoras.

Enfermedades inmunosupresoras	No	%
VIH-SIDA	0	0
Nefropatías Crónicas	15	14,56
Diabetes Mellitus	22	21,35
Neoplasias	31	30,09

Enfermedades Pulmonares Crónicas	16	15,53
Operaciones Gástricas	19	18,44
Insuficiencia Renal Crónica	0	0,0
Total	103	100

La tabla 10, muestra que de los contactos intra y extradomiciliarios 31 presentaban neoplasias para un 30.09%, seguidos de 22 con Diabetes Mellitus para un 21.35%, y 19 personas con operaciones gástricas para un total de 18.44%, condición importante a vigilar ya que puede guardar relación por la inmunodepresión que producen estas entidades con la aparición de la Lepra. Son escasos los estudios que hablan de la inmunosupresión y su relación con la aparición de 'esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud presenta en sus estadísticas sanitarias mundiales para el 2014 que hay un alto porcentaje de personas con Lepra que presentan enfermedades neoplásicas de cualquier tipo. El estudio realizado por la Universidad de Medicina Daniel Alcides Carrión en el 2009 en Perú, muestra todo lo contrario que la mayoría de los pacientes con Lepra no presentan enfermedades crónicas ni neoplasias, por lo general solo presentan enfermedades agudas.

CONCLUSIONES.

Se encontró en la población estudiada, que predominó el adulto joven del género femenino, con ocupación ama de casa, procedentes de la provincia Holguín y con una situación económica desfavorable, no existiendo hacinamiento ni consumo de alcohol referido. El tabaquismo, el bajo peso y las enfermedades inmunosupresoras se presentan más frecuentemente en la casuística por lo que se hace necesario continuar la vigilancia de todos los pacientes incluidos en la investigación ya que son vulnerables a contraer la enfermedad en un periodo que abarca hasta 5 años lo cual iría en detrimento de los propósitos del país de erradicar la enfermedad.

RECOMENDACIONES.

Estratificar la pesquisa en todas aquellas zonas del municipio Baraguá donde se encuentren incrementos de migraciones de personas procedentes de las provincias Santiago de Cuba, Granma y Holguín que más aportan en el desarrollo de esta enfermedad en la provincia Ciego de Ávila.

Desarrollo de escuelas para la salud con el uso de técnicas de aprendizaje significativo que logre cambios de comportamiento en las poblaciones vulnerables.

Referencias bibliográficas.

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo Vigilancia Epidemiológica Instituto Nacional de Salud 2014. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos>.
2. Organización Mundial de la Salud. Global leprosyupdate, 2014: needforearly case detection, disponible en: <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf>. Consultado 19 de enero de 2016.
3. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Presentación lepra en las regiones de las Américas 2013. www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task Lepra en la Región de las Américas, 2013. Programa Regional de Lepra. Unidad de Control de Enfermedades. Consultado 19 de enero de 2016.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de lepra.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de Lepra 2010-2015.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba. Revista Cubana de Medicina General Integral. Rev. Cubana Med Gen Integr v.25 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2009 . Disponible en : [http://www.infomed.cu//Revista Cubana de Medicina General Integral - La lepra, un problema de salud global.pdf](http://www.infomed.cu//Revista%20Cubana%20de%20Medicina%20General%20Integral%20-%20La%20lepra,%20un%20problema%20de%20salud%20global.pdf)

7. Cuba. Padrón Castillo Maite. Comportamiento Epidemiológico de Lepra en el Municipio Baraguá .Policlínico Docente Dr. Mario Páez Inchausti Municipio Baraguá.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis en Cuba. La Habana: MINSAP; 2009.
9. Wikipedia enciclopedia libre [citado 28 ene 2014]. Historia de la tuberculosis. [Serie en internet]. [Aprox. 23p]. Disponible en:http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_de_la_tuberculosis&oldid=72181445
10. Álvarez N, Borrero R, Reyes F, CamachoF, MohdN, Sarmiento M, Acosta A. Mecanismos de evasión y persistencia de Mycobacterium tuberculosis durante el estado de latencia y posibles estrategias para el control de la infección latente. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Serie en internet] 2009 [citado 16 nov. 2013]; 23(5): [aprox. 2p.] Disponible en: <http://www.rcm.pinar.cu/>
11. González Tapia M. Carta al director. Tuberculosis pulmonar, un reto actual para la Salud Pública cubana. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Serie en internet.] 2012 [Citado en sep.-oct. 2012 Pinar del Río.] 16(5): [aprox.2p]
12. Álvarez Sintés R. Tuberculosis pulmonar. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. p. 65–70.
13. Harrison T. Tuberculosis. En: Harrison. Principios de Medicina Interna.16 Edición en español. Harrison online. Parte VI. CÁlvarezSintés R. Tuberculosis pulmonar. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. p. 65–70.apítulo 150.
14. Roca Goderich Reinaldo .Tuberculosis Pulmonar. En: Roca Goderich Reinaldo. Temas de medicina interna .4ta Edición. LHarrison T. Tuberculosis. En: Harrison. Principios de Medicina Interna.16 Edición en español. Harrison online. Parte VI. CÁlvarezSintés R. Tuberculosis pulmonar. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. p. 65–70.apítulo 150.a Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p.173 – 192.

15. Eduardo Rivero Reyes. Policlínico "Flores Betancourt". Calle 35 # 4 415, entre 44 y46, municipio Artemisa, La Habana, Cuba. E mail: zbarrios@infomed.sld.cu
16. World Health Organization. Leprosy update, 2011. Weekly Epidemiological Record, 389-400.
17. World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programmes. Report of a WHO Study Group. Technical report series, 675. Geneva, 1982. Consulted on July 16th 2012. Available at: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_675.pdf
18. World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities. Plan period 2006-2010. Geneva, 2005. WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53. Consulted on: July 16th 2012. Available at: <http://www.who.int/lep/resources/GlobalStrategy.pdf>
19. World Health Organization. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy. Plan period 2011-2015. Geneva, 2009. SEA-GLP-2009.3. Consulted on: July 16th 2012. Available at: http://www.searo.who.int/LinkFiles/GLP_SEA-GLP-2009_3.pdf
20. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD49.R19 para la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Washington, DC., 2009. Consultada el 16 de Julio de 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14190&Itemid=
21. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de Planes Integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas. Washington, DC., 2011. Consultado el 16 de julio de 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6407&Itemid=39342
22. World Health Organization. Global plan to combat neglected tropical diseases, 2008-2015. Geneva, 2007. WHO/CDS/NTD/2007.3
23. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2009.

24. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles epidemiológicos de las enfermedades desatendidas y otras infecciones asociadas con la pobreza en América Latina y el Caribe.
25. Schneider MC, Aguilera XP, Barbosa da Silva Junior J, Ault SK, Najera P, Martinez J, Requejo R, Nicholls RS, Yadon Z, Silva JC, Leanes LF, Roses M. Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 5(2): e964. doi:10.1371/journal.pntd.0000964.
26. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD49.R19 para la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Washington, DC., 2009. Consultada el 16 de Julio de 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14190&Itemid=
27. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en Latino América y el Caribe”. Washington, D.C. 2011. 64
28. WorldHealthOrganization. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015). Operational Guidelines (updated). New Delhi, 2009. SEA-GLP-2009.4
29. Consejo de derechos humanos de Naciones Unidas. Principios y Directrices revisadas para la eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares. Agosto 2010. A/HRC/AC/5/2. Consultado el 17 de julio de 2012. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/advisorycommittee/session5/docs/A.HRC.AC.5.2_sp.pdf
30. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución A/RES/65/215 para la Eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares. Diciembre 2010. Consultada el 17 de julio de 2012. Disponible en: http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/UN_Publications/unLeprosyDiscriminationEliminationSp.pdf

31. Organización Mundial de la Salud. Guías para la rehabilitación basada en la comunidad. 2011. Consultado el 16 de julio de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>
32. World Health Organization. Guidelines for strengthening participation of persons affected by leprosy in leprosy services. India, 2011. SEA-GLP-2011.2. Consultada el 17 de Julio de 2012. Disponible en: http://www.searo.who.int/LinkFiles/GLP_Leprosy-SEA-GLP-2011.pdf
- 33.18 World Health Organization. Leprosy Elimination Monitoring (LEM). Guidelinesformonitors. Geneva 2000. WHO/CDS/CPE/2000.17.
34. Fuente del artículo: © Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
35. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).
36. Clovis Lombardi,¹ Celina M. T. Martolli,² Simonne Almeida e Silva³ y Reinaldo E. Gil Suárez⁴. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas
37. E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández. VIGILANCIA DE LA LEPROA. SITUACIÓN EN EL MUNDO Y EN ESPAÑA, 2011. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.
38. Heymann, DL. Control of Communicable Diseases Manual, 19th Ed: APHA, 2008.
- 39.2. World Health Organization. Leprosy update, 2011. Weekly epidemiological record No. 36, 2011, 86, 389-400.
- 40.3. E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández. Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España, 2010. Bol Epidemiol Semanal 2009; 18(21): 201-202.
41. http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/micobacterias/dia_mundial_lepra.pdf
42. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n1/mgi10109.pdf>
43. <http://www.anlis.gov.ar/inp/wp-content/uploads/2013/01/Plan-Regional-de-lepra-2012-2015-August-15.pdf>

44. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
45. <http://www.saludbcs.gob.mx/lepra.html>
46. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
47. <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/690/725>
48. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v4n3/4n3a1.pdf>
49. <http://www.minsab.gob.br/lepra/2012/Epidemiologia.pdf>
50. <http://www.unimedac.minsa/2009/enfermedades-infecciosas.html>

ANEXOS.

Anexo 1.

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada:

. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas. En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema.

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los _____ días del mes _____ de 2015.

Firma del participante _____

Autor: _____

Anexo 2.

CUESTIONARIO

Estudio de factores de riesgo asociados a la elevada incidencia de tuberculosis pulmonar en la población del municipio Baraguá.

- Datos generales.

Nombre: _____

Sexo: M___F___

Edad: ____

Peso:_____

Talla:_____

IMC:_____

- Factores de Riesgo relacionados con el componente Estilos de Vida del Campo de Salud.

EN CASO AFIRMATIVO RESPONDA MARQUE CON UNA X TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES ACÁPITES:

1. ¿Qué ocupación usted desempeña?

____Ama de Casa

____Campesino

____Obrero

____Dirigente

____Cuenta Propia

____Desocupado

2. ¿Usted vivió en otra provincia?

SI_____ NO_____

- ¿En qué provincia vivió?

3. ¿Qué salario mensual recibe en su hogar?

_____Menos de 100 pesos

_____de 100 – 250 pesos

_____Mas de 250 pesos

4. ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?

Si _____

No _____

5. ¿Usted fuma?

SI_____

NO_____

¿Cuántos cigarrillos al día fuma?

6. ¿Usted estuvo ingresado en el hogar de ancianos

SI_____ ¿Hace cuanto tiempo?_____

NO_____

• Presenta enfermedades como:

_____ VIH / SIDA

_____ Nefropatías crónicas

_____ Diabetes Mellitus

_____ Neoplasias.

_____ Enfermedades pulmonares crónicas

_____ Operaciones gástricas.

_____ Insuficiencia renal.

7. ¿Usted estuvo alguna vez en algún centro penitenciario?

Si _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

No_____

-¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Cuántas habitaciones tiene la casa sin contar con el baño y la cocina?_____