

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**PERFIL SOCIO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA
CON LEPRO EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA GUACHIPILÍN, SANTA
ANA EN EL PERIODO DE MARZO- AGOSTO 2016.**

Informe final presentado por:

- Edgardo Ernesto Alfaro Bautista.
- Carlos Mauricio Escobar Pérez.
- Cecilia Estela Vega Monterrosa.

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Marta Jeannine Calderón Moreira.

San Salvador, Viernes 26 Agosto de 2016.

RESUMEN

El presente documento de investigación sobre el perfil socio-epidemiológico de la población diagnosticada con lepra en el municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana, pretende detallar aspectos generales presentes en la población de estudio, que de alguna manera, estén involucrados tanto en la patogenia, como en las manifestaciones de complicaciones y secuelas inherentes a esta entidad, así mismo en el manejo y seguimiento de los casos de éstos pacientes.

Realizamos así, un estudio descriptivo de corte transversal, de pacientes que tuvieron la enfermedad de 2009 a 2016 (actualidad), según los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica nacional. Se tomó una muestra del total de casos registrados para ese periodo de tiempo (5 pacientes), debido a que dentro del estudio se necesitaban ciertos criterios de inclusión incluyendo un cuadro clínico completo. El análisis y obtención de datos se realiza a través de revisión de expedientes clínicos y cuestionarios realizados a estos pacientes, quienes fueron la muestra del estudio.

Se indagaron aspectos sociales, epidemiológicos, ambientales, tratamiento farmacológico, no farmacológico, seguimiento y atenciones de salud brindada, según lo establecido en la norma nacional de manejo de pacientes con enfermedad de Hansen.

Se obtiene de esta forma los resultados más relevantes del estudio, constatando una prevalencia mayor en adultos masculino, entre las edades de 30 a 60 años, procedentes del área rural, predominantemente analfabetas, con ingresos económicos abajo del salario mínimo, vivienda en condiciones precarias pero con servicios básicos presentes, manejo terapéutico y seguimiento completo según lo establecido en la norma de atención de estos pacientes; en su mayoría con tipo de lepra Tuberculoide según descripción de las lesiones anestésicas, de bordes indefinidos, sin edema, con predominio de cara, cuello y extremidades.

INTRODUCCIÓN

La Lepra en el mundo es un problema de salud pública con mayor incidencia en los países subdesarrollados, es así que en el año 2010 fueron detectados 228.474 casos nuevos de lepra a nivel mundial (tasa de detección de 3,93/100.000) mientras que para inicios de 2011 un total de 192.246 casos prevalentes fueron reportados (prevalencia de 0,34/10.000 habitantes) en 130 países o territorios.

Las enfermedades prevalentes a nivel nacional son registradas a diario durante la consulta integral y entran en el perfil epidemiológico de una zona y por consiguiente en el perfil epidemiológico de nuestro país. En este punto, habrá que detenernos un poco sobre una enfermedad en particular, que es parte del perfil epidemiológico de El Salvador, una enfermedad olvidada, poco estudiada y que muchos médicos salvadoreños no sabrán sobre su existencia dentro de la población, nos referimos a la Enfermedad de Hansen, Hanseniosis o Lepra.

Enfermedad reconocida no sólo por lo característico de sus lesiones, sino por su gran potencial discapacitante, etnoprácticas relacionadas a su tratamiento, y la discriminación a la que exponen aún en nuestros tiempos a los enfermos de Lepra. Aún se desconoce el mecanismo específico de transmisibilidad y se asocia a múltiples factores medioambientales, genéticos e inmunitarios.

Se encuentra presente en 13 de 14 departamentos a nivel nacional, con mayor número de casos diagnosticados en Santa Ana, La Unión y Chalatenango, lo que nos señala que dicha enfermedad es un problema de salud pública en la actualidad no sólo por la parte estética y sociocultural, sino la percepción de la sociedad a dicha afección. Debido a lo anterior, consideramos de importancia investigar sobre cuál es el perfil socio-epidemiológico de los pacientes diagnosticados con lepra en la población del municipio de Santa Rosa Guachipilín departamento de Santa Ana en el periodo de marzo a agosto de 2016.

La necesidad de nuestra investigación radica en la poca información de las características socio-epidemiológicas del paciente con diagnóstico confirmado de la enfermedad de Hansen para así establecer un precedente para investigaciones futuras.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer el perfil socio-epidemiológico de la población diagnosticada con lepra en el municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana en el periodo de marzo- agosto 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las tasas de prevalencia por sexo y por edad de los pacientes diagnosticados con lepra.
- Enumerar las características socio-económicas de la población diagnosticada con lepra.
- Caracterizar clínicamente el tipo de lepra que adolece la población diagnosticada con dicha patología.
- Determinar la atención en salud brindada a la población con diagnóstico de Lepra.

MARCO TEÓRICO

La lepra, descrita por vez primera en los antiguos textos indios del siglo VI a.C., es una enfermedad infecciosa crónica no fatal debida a *Mycobacterium leprae*, cuyas manifestaciones clínicas se localizan principalmente en la piel, el sistema nervioso periférico, las vías respiratorias superiores, los ojos y los testículos. El peculiar tropismo de *M. leprae* por los nervios periféricos (desde los grandes troncos nerviosos hasta las fibras cutáneas microscópicas) y ciertos estados de reacción inmunitaria, son los principales factores causales de la morbilidad de la lepra. La tendencia de la enfermedad no tratada a producir deformidades características y la idea común de casi todas las culturas de que la enfermedad se contagia de persona a persona han marcado históricamente a la lepra con un fuerte estigma social. Hoy en día, con un diagnóstico precoz y un tratamiento antimicrobiano apropiado y eficaz, los pacientes pueden disfrutar de una vida productiva en la sociedad, y se puede evitar gran parte de las deformidades y demás manifestaciones visibles.

Etiopatogenia

El agente causal es el bacilo de Hansen o *Mycobacterium leprae* (Hansen, 1872), micobacteria intracelular no cultivable perteneciente a la clase Actinomycetales, orden Mycobacteriales, familia Mycobacteriaceae, género *Mycobacterium*; es un bacilo acidorresistente de 1 a 8 μm de largo por 0.3 a 0.5 μm de ancho, rectilíneo o curvado. Se presenta en agrupamientos unidos por una sustancia llamada glea, que miden de 100 a 200 μm y se denominan globias; se encuentran en macrófagos, donde la digestión de los fosfolípidos bacilares da lugar a una enfermedad metabólica expresada en estos histiocitos vacuolados. Puede sobrevivir en la almohadilla plantar del ratón (Shepard, 1960); la infección se disemina si el animal se somete a timectomía o radiación, pero no reproduce el espectro de la enfermedad; las inoculaciones sólo se consiguen en el armadillo de nueve bandas *Dasyus novemcinctus* (Kincheimer y Storrs, 1971), susceptible quizá por ser poiquilotermo, homocigoto y con vida media de cinco a 15 años; es un modelo ideal, pero vive con dificultad en cautiverio; hay dudas respecto a si también presenta la enfermedad de manera natural. También se ha encontrado en el mono mangabey, el chimpancé y el macaco.

Hasta ahora el único reservorio reconocido es el ser humano, aunque se ha considerado la posibilidad de otro origen de la bacteria, ya que muchas veces no se encuentra el caso antecedente. Las principales vías de entrada son la piel y la mucosa nasal. Se considera que la lepra es una enfermedad multifactorial que depende del estado inmunitario del

paciente, la dosis infectante y la virulencia del microorganismo, así como de la frecuencia y duración de la exposición. El tiempo de incubación no está bien definido, puede variar de 6 meses a 5 años. Se ha mencionado un factor de resistencia (factor N de Rotberg), ya que sólo en 5% se encuentra predisposición, principalmente en los familiares del enfermo. Las principales vías de diseminación son la respiratoria, por la secreción nasal de pacientes multibacilíferos y ocasionalmente la piel. La frecuencia de transmisión es cinco a ocho veces mayor dentro de la familia que fuera de ella; 29% de quienes comparten el mismo lecho adquieren la enfermedad dentro del hogar, pero sólo se observa lepra conyugal en 6 por ciento. Aún está vigente el aforismo "lá lepra se adquiere por contacto íntimo y prolongado con un enfermo bacilífero"; el riesgo varía según la infectividad del paciente y la susceptibilidad del contacto.

Epidemiología

La lepra es una enfermedad casi exclusiva de los países en vías de desarrollo que afecta a zonas de Asia, África, Latinoamérica y el Pacífico. África tiene la mayor prevalencia, pero la mayor parte de los casos aparece en Asia. Más de 80% de los casos de todo el mundo se producen en unos pocos países: India, China, Myanmar, Indonesia, Brasil, Nigeria, Madagascar y Nepal. Dentro de las zonas endémicas, la lepra se distribuye de modo muy irregular: hay regiones de gran prevalencia que limitan con otras donde hay pocos o ningún caso. En Brasil, la mayor parte de los casos se da en la cuenca del Amazonas y dos estados occidentales, mientras que la lepra en México está confinada ante todo a la costa del Pacífico. A excepción de los casos importados, en Estados Unidos, Canadá y el noroeste de Europa prácticamente no hay lepra. En Estados Unidos hay unos 4 000 leprosos y cada año se declaran 100 a 200 casos nuevos, la mayor parte de ellos en California, Texas, Nueva York y Hawai, que afectan a los inmigrantes de México, sudeste asiático, las Filipinas y el Caribe. La genómica comparativa de los polimorfismos de un solo nucleótido apoya la posibilidad de que existen cuatro cepas distintas, las cuales se originaron en África oriental o Asia Central. Una mutación se difundió a Europa y ulteriormente experimentó dos mutaciones diferentes que luego se difundieron a África occidental y América. Es difícil determinar la prevalencia mundial de la lepra, ya que muchos lugares que tienen una alta prevalencia carecen de infraestructuras médicas o sanitarias suficientes. Se calculan cifras que varían entre 0.6 y 8 millones de individuos afectados. La cifra menor abarca únicamente a las personas que no han terminado de cumplir la pauta quimioterapéutica, excluyendo a los que pueden estar lesionados física o psicológicamente por la lepra y que aún pueden recaer o presentar ciertas reacciones inmunitarias; la cifra mayor incluye a los pacientes que probablemente ya están curados y a muchos que no tienen deformidades ni incapacidades derivadas de la lepra. Si bien son debatibles las cifras sobre la prevalencia mundial de la lepra, la frecuencia de la

enfermedad no está descendiendo; se estiman unos 600 000 casos nuevos cada año, 60% de los cuales se presentan en la India. La incidencia es máxima durante la segunda y tercera décadas de la vida. La forma más grave, la lepra Lepromatosa, es dos veces más frecuente en los varones que en las mujeres, y es raro observarla en los niños. La frecuencia de las formas polares de la lepra en diferentes países ha variado ampliamente, lo cual quizá se deba en parte a mecanismos genéticos. En India y África 90% de los casos es Tuberculoide, en el sureste asiático 50% es Tuberculoide y 50% Lepromatosa, y en México 90% es Lepromatosa.

Transmisibilidad

La vía de transmisión de la lepra sigue siendo dudosa y puede ser variada; se ha pensado que la infección por gotitas nasales, el contacto con el suelo infectado, e incluso los insectos vectores son los principales candidatos. Los aerosoles que contienen *M. leprae* pueden provocar la infección en los ratones inmunodeprimidos, y el estornudo de un paciente Lepromatosa no tratado puede contener >1010 AFB. Además, se han encontrado anticuerpos IgA anti-*M. leprae*, así como los genes de este microorganismo [demostrables por la reacción en cadena de polimerasa (PCR, polymerase chain reaction)] en las fosas nasales de los individuos sin signos de lepra que residen en las zonas endémicas y en 19% de las personas contagiadas en el medio laboral por los pacientes Lepromatosa. Hay varias pruebas que apoyan el contagio de la lepra a través del suelo: 1) En las zonas endémicas, como la India, la lepra es una enfermedad rural, no de las zonas urbanas. 2) En las zonas endémicas se han detectado productos de *M. leprae* en el suelo. 3) La lepra se puede transmitir por inoculación cutánea directa (p. ej., por un tatuaje), y las localizaciones habituales de la lepra en los niños son las nalgas y los muslos, sugiriendo que la enfermedad se puede transmitir por microinoculación desde el suelo infectado. Los indicios sobre el contagio de la lepra por insectos vectores comprenden la demostración de que las chinches y los mosquitos próximos a una leprosería por lo general albergan *M. leprae* y que los mosquitos infectados experimentalmente pueden transmitir la infección a los ratones. Se considera que los contactos piel con piel no suelen ser una vía importante de transmisión. En los países endémicos, aproximadamente 50% de los pacientes leprosos tiene una historia de contacto íntimo con una persona infectada (con frecuencia un familiar o una persona que convive en la misma casa) pero, por razones desconocidas, ese tipo de contagio sólo se produce en 10% de los leprosos en los lugares no endémicos. Es más, el contacto doméstico con un caso de lepra Lepromatosa lleva consigo un riesgo aproximado de adquirir la enfermedad de casi 10% en las zonas endémicas y de sólo 1% en los lugares no endémicos. El contacto con un caso de lepra Tuberculoide implica un riesgo muy bajo. Los médicos y las enfermeras que tratan a los leprosos y los que asisten a estos pacientes no están expuestos a contraer la lepra.

Aspectos sociales

La lepra aparece junto con la pobreza y la vida rural y es una enfermedad de enorme repercusión social, porque es infectocontagiosa y crónica, y a menudo causa deformidades y minusvalidez. La enfermedad predomina en los estratos socioeconómicos y educativos bajos; en el 75% se trata de estratos sociales bajos. A esto se agrega la ignorancia y la apatía, no sólo del enfermo y su familia respecto a la enfermedad, sino del personal médico, paramédico y el público general. La única manera de luchar contra esa ignorancia es la educación acerca de la lepra en todos los niveles. Según los datos actuales, no se puede hablar aún de erradicación de la lepra sino tan sólo de eliminación.

Clasificación

Se basa en dos tipos polares fundamentales (VI Congreso Internacional de Lepra, Madrid, 1953): Lepromatosa (L) y Tuberculoide (T), y en dos grupos de casos inestables: indeterminados y dimorfos. Un caso polar nunca se transforma en otro; los grupos evolucionan a la polaridad y con mayor frecuencia al tipo Lepromatosa. Esta clasificación se basa en criterios clínicos, inmunológicos, histopatológicos y bacteriológicos. La clasificación no se ha modificado en los congresos internacionales recientes, pero Ridley y Jopling (1962-1966), con base en aspectos inmunitarios, han propuesto un esquema espectral en cinco Subgrupos: Lepromatosa, Tuberculoide y tres limítrofes (borderline): BL, BT y BB, según se acerquen al polo L o T o sean interpolares verdaderos; en trabajos subsecuentes han agregado dos subgrupos: Lepromatosa y Tuberculoide subpolares. Consideran a los indeterminados el principio de la lepra, pero no los incluyen dentro del espectro; por otra parte, es un error no señalar que hay casos L (difusos primitivos) y T (infantiles) que no pasan por la etapa I. Algunas clasificaciones incluyen un tipo neurítico puro cuando no hay lesiones cutáneas.

En la lepra, los fenómenos agudos se conocen como reacción de tipo I (de reversión y de degradación) y reacción de tipo II (leprosa), las cuales se presentan en casos interpolares o Lepromatosa, respectivamente.

Lepra Tuberculoide: en el extremo menos grave del espectro patológico está la lepra Tuberculoide, que incluye la enfermedad Lepra Tuberculoide y Tuberculoide borderline. En términos generales, dichas formas de lepra originan síntomas limitados a la piel y nervios periféricos. Las lesiones cutáneas en la lepra Tuberculoide consisten en una o pocas máculas o placas hipopigmentadas perfectamente demarcadas e hipoestésicas; con bordes eritematosos o elevados y que no tienen los elementos normales de la piel (glándulas sudoríparas y folículos pilosos), razón por la cual la zona está seca, escamosa y anhidrótica. En términos generales, no se detectan anticuerpos o su número es pequeño.

Los individuos con la lepra Tuberculoide pueden presentar engrosamiento asimétrico de uno o más nervios periféricos. Por tal razón, las únicas enfermedades de seres humanos que conllevan hipertrofia de nervios periféricos son la lepra y algunas neuropatías hereditarias raras. Cualquier nervio periférico puede mostrar engrosamiento (incluidos los finos nervios interdigitales y supraclaviculares), pero los más afectados son el cubital, el retroauricular, el nervio safeno interno y el tibial posterior, y su ataque conlleva hipoestesia y miopatías. La lepra tuberculoides es la forma más común que se observa en la India y África, pero prácticamente no se detecta en el sudeste asiático, región en donde es frecuente la lepra Tuberculoide limítrofe.

En la lepra Tuberculoide, las células T desgarran el perineuro y puede haber signos de destrucción de las células de Schwann y de los axones, todo lo cual acaba en fibrosis del epineuro, con sustitución del endoneuro por granulomas epiteliales y, en ocasiones, en necrosis caseosa. Esta invasión y destrucción de los nervios de la dermis por las células T es patognomónica de la lepra. Los linfocitos circulantes de pacientes con lepra Tuberculoide fácilmente reconocen *M. leprae* y sus proteínas componentes, los pacientes tienen pruebas cutáneas para la lepromina que son positivas.

Lepra Lepromatosa: El cuadro inicial de esta forma de lepra incluye la distribución simétrica de nódulos cutáneos, placas elevadas o infiltración dérmica difusa, que si ocurre en el rostro origina la facies leonina. Entre las manifestaciones tardías están la pérdida de las cejas (al principio solamente los bordes laterales) y las pestañas, lóbulos péndulos de la oreja, y piel seca y escamosa, particularmente en los pies. En la lepra LL abundan los bacilos en la piel (llegan a ser hasta 10⁹/g), donde a menudo están en grandes cúmulos (globos) y en los nervios periféricos, en los que al principio invaden las células de Schwann, de lo cual surge una mielinización degenerativa espumosa y degeneración axónica, y más tarde de tipo walleriano. Además, abundan los bacilos en la sangre circulante y en todos los órganos y sistemas, excepto en los pulmones y el sistema nervioso central. No obstante, los individuos no tienen fiebre ni manifestaciones de disfunciones graves de órganos y sistemas. Hay una forma de lepra Lepromatosa, denominada lepromatosis difusa, que se observa casi exclusivamente en el oeste de México y el Caribe, y que cursa sin lesiones visibles en la piel, pero con una evidente infiltración y engrosamiento difuso de la dermis. En la lepra Lepromatosa, la lesión que produce engrosamiento de los nervios tiende a la simetría a causa de una verdadera invasión por los bacilos; son lesiones más graduales, pero acaban siendo más extensas que las de la lepra Tuberculoide. En los pacientes con lepra Lepromatosa, la neuropatía periférica que afecta a las extremidades es distal y simétrica, y tiende a producir un engrosamiento simétrico de los troncos nerviosos. También puede haber síntomas y signos secundarios a la afectación de las vías respiratorias superiores, de la cámara anterior del ojo y de los

testículos. En los pacientes con LL sin tratar, los linfocitos por lo común no reconocen a *M. leprae* ni a sus proteínas constitutivas, y las pruebas cutáneas de la lepromina son negativas.

Estados reactivos: Las reacciones leprosas abarcan varios cuadros inflamatorios, por lo común mediados por mecanismos inmunitarios y que originan una considerable morbilidad. Algunas de estas reacciones anteceden al diagnóstico y la instauración del tratamiento antimicrobiano eficaz; de hecho, a estas reacciones se debe que el paciente busque atención médica y se le establezca el diagnóstico.

Reacciones leprosas tipo 1 (reacciones de reducción y de reversión) Este tipo de reacciones ocurren en casi la mitad de los pacientes con formas limítrofes de lepra, pero no en aquellos con enfermedad Lepromatosa pura. Las reacciones se caracterizan porque en el seno de las máculas, las pápulas y las placas preexistentes aparecen los signos clásicos de la inflamación, acompañándose en ocasiones por nuevas lesiones cutáneas, de neuritis y, con menos frecuencia, por fiebre, que suele ser ligera. El tronco nervioso que más veces se afecta en estos casos es el nervio cubital a nivel del codo, que puede ser doloroso y muy sensible al contacto o la presión. Si un paciente con los nervios afectados no es tratado inmediatamente con glucocorticoides (véase más adelante), puede quedar con una lesión nerviosa irreversible en 24 h. La manifestación más espectacular es el pie péndulo que se produce por la lesión del nervio safeno interno. Cuando las reacciones leprosas tipo 1 aparecen antes de emprender el tratamiento se denominan reacciones de degradación, y el proceso desde el punto de vista histológico se aproxima más a la forma Lepromatosa; en cambio, cuando esas reacciones aparecen después de emprender el tratamiento antimicrobiano apropiado se denominan reacciones de inversión, y el proceso se acerca más a la forma Tuberculoide. Es frecuente que las reacciones de inversión aparezcan en los primeros meses o años tras el comienzo del tratamiento, pero también pueden hacerlo varios años después.

Reacciones leprosas tipo 2: El eritema nodular leproso (ENL) ocurre exclusivamente en pacientes cercanos al extremo Lepromatosa de la gama de trastornos que constituyen la lepra (Borderline Lepromatosa-Lepra Lepromatosa), y afecta a casi 50% de este grupo. El ENL puede manifestarse antes del diagnóstico y de emprender el tratamiento de la lepra (a veces es lo que permite sospechar el diagnóstico de la enfermedad), pero en 90% de los casos aparece al iniciar la quimioterapia antimicrobiana específica, por lo general en los dos primeros años. Los signos más frecuentes del ENL son brotes de pápulas eritematosas y dolorosas que desaparecen espontáneamente en pocos días o semanas pero que pueden recaer; malestar general y fiebre, que puede ser intensa. Sin embargo, también suelen aparecer otros síntomas, como neuritis, linfadenitis, uveítis, orquitis y glomerulonefritis,

y a veces hay anemia, leucocitosis y alteraciones de las pruebas funcionales hepáticas, con elevación especial de las concentraciones de las aminotransferasas. Cada paciente puede tener un solo brote de ENL, o bien manifestaciones recidivantes crónicas de éste. Los brotes pueden ser leves, o graves y generalizados; en raras ocasiones el ENL provoca la muerte. En la biopsia cutánea de las pápulas del ENL se encuentran signos de vasculitis o de paniculitis, a veces con abundantes linfocitos, pero también es característica la presencia de leucocitos polimorfonucleares.

Complicaciones

Extremidades: Las complicaciones que aparecen en las extremidades de los pacientes leprosos son secundarias principalmente a la neuropatía que provoca insensibilidad y miopatía. La hipoestesia/anestesia afecta al tacto discriminatorio, al dolor y a los receptores del calor, pero en general respeta la sensibilidad vibratoria y postural. El nervio más afectado es el cubital a nivel del codo, cuya lesión produce retracción (en garra) de los dedos cuarto y quinto con atrofia de los músculos interóseos dorsales de la mano afectada y pérdida de la sensibilidad en esos territorios. En la lepra, la lesión del nervio mediano dificulta el movimiento de oposición del pulgar y el agarre, mientras que la afectación del nervio radial, aunque es rara en la lepra, produce caída de la muñeca. Un intercambio de tendones a veces permite recuperar la función de la mano, pero esta intervención no debe realizarse hasta seis meses después de comenzar el tratamiento antimicrobiano y que haya finalizado los episodios de neuritis aguda. Las úlceras plantares, particularmente a nivel de las cabezas de los metatarsianos, son quizá la complicación más frecuente de la neuropatía leprosa. El tratamiento obliga a desbridamiento cuidadoso; administración de antibióticos apropiados; evitar el apoyo del peso corporal hasta que curen las úlceras, y después emprender progresivamente la ambulación, así como el uso de calzado especial para evitar las recidivas. El pie péndulo que resulta de la parálisis del nervio safeno interno debe tratarse con una prótesis no metálica simple dentro del zapato, o corrección quirúrgica por transferencia de tendones. A pesar de ser una entidad poco común, la articulación de Charcot y en particular la de pies y tobillos, puede ser consecuencia de la lepra.

La pérdida de la punta de los dedos en la lepra es consecuencia de la insensibilidad, los traumatismos, las infecciones secundarias y, en los pacientes Lepromatosa, de un proceso osteolítico que todavía no se conoce por completo y que a veces es intenso. En los últimos tiempos ha disminuido bastante la frecuencia y gravedad de las amputaciones de los dedos gracias a una protección eficaz de las extremidades al cocinar y trabajar, y a la instauración precoz del tratamiento de la lepra.

Nariz: En la lepra Lepromatosa, la invasión de la mucosa nasal por los bacilos puede producir congestión nasal crónica y epistaxis. Las gotas nasales de solución salina pueden aliviar estos síntomas. Además, la lepra LL no tratada durante mucho tiempo es capaz de destruir el cartílago nasal con la consiguiente deformidad de la nariz (en silla de montar) o con anosmia.

Ojo: Debido a la parálisis de los pares craneales, la lepra puede producir lagofthalmía e insensibilidad corneal que pueden complicarse con infecciones y traumatismos secundarios, y (si no se tratan) con la aparición de úlceras y opacidades corneales. Los pacientes pueden protegerse de estas consecuencias con colirios durante el día y con pomadas por la noche. Además, en la lepra LL, la cámara anterior del ojo está invadida de bacilos, y el ENL puede causar una uveítis con las consiguientes cataratas y glaucoma. De ahí que la lepra sea una causa importante de ceguera en los países en vías de desarrollo. El examen con la lámpara de hendidura suele descubrir una imagen de “córnea en rosario”, que está integrada por globos de *M. leprae*.

Testículos: *M. leprae* invade los testículos, mientras que el ENL puede producir orquitis. Por eso, los varones con lepra Lepromatosa suelen tener trastornos importantes de la función testicular, acompañados de elevación de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante, disminución de la testosterona, y aspermia o hipospermia en 85% de los pacientes con LL, pero sólo en 25% de los casos de BL. Los pacientes con LL pueden acabar padeciendo impotencia e infertilidad.

Abscesos de los nervios: Los pacientes con distintas formas de la lepra, pero ante todo los que padecen la forma BT, pueden presentar abscesos de los nervios (en particular del cubital) junto con un aspecto celulítico de la piel adyacente. En esos casos, el nervio afectado está hinchado y es sumamente doloroso. Los glucocorticoides pueden reducir los signos inflamatorios, pero se necesita una descompresión quirúrgica rápida para evitar las secuelas irreversibles.

Diagnóstico

La lepra se manifiesta principalmente por lesiones cutáneas y por una histología característica de la piel. Por tanto, la enfermedad debe sospecharse cuando un paciente que habita en una zona endémica presenta lesiones cutáneas sugestivas o una neuropatía periférica; el diagnóstico se debe confirmar histológicamente. En la lepra Tuberculoide hay que someter a biopsia las zonas lesionadas (de preferencia su borde de avance) porque en la piel de aspecto normal no se encuentran datos histológicos anormales. En la lepra Lepromatosa, los mejores sitios para hacer biopsia son los nódulos, las placas y las zonas induradas, pero el examen histológico de la piel macroscópicamente normal también suele tener valor diagnóstico. La lepra Lepromatosa se acompaña de hiperglobulinemia difusa, de lo cual pueden resultar estudios serológicos positivos falsos (p. ej., Venereal Disease Research Laboratory [VDRL], artritis reumatoide y anticuerpos antinucleares) y en consecuencia ocasionar confusión diagnóstica. En ocasiones, las lesiones tuberculoides: 1) son atípicas, 2) no son hipoestésicas y 3) no contienen granulomas sino sólo unos infiltrados linfocíticos inespecíficos. En esos casos se considera que dos de las tres características citadas son suficientes para establecer el diagnóstico. Es preferible diagnosticar de lepra a un paciente sin esta enfermedad, que dejar sin tratar a un paciente leproso.

Datos de Laboratorio

La Baciloscopía resulta positiva en los casos de lepra Lepromatosa y Tuberculoide (Multibacilar) y negativa en la lepra infantil y difusa (Paucibacilar y abacilares). La muestra debe obtenerse de mucosa nasal, lóbulo de la oreja o de las lesiones cutáneas, en especial de nudillos, codos o rodillas, si es posible se realizará punción ganglionar. Con tinción de Ziehl-Neelsen los bacilos se observan de color rojo sobre fondo azul. La cantidad de bacilos se mide por el índice bacteriológico (IB); si son escasos: una cruz (+), y cuando son abundantes, seis cruces (+++++). La OMS la interpreta más sencillamente de cero a tres cruces, y añade la letra C si hay globias. El porcentaje de bacilos íntegros o viables se mide por el índice morfológico (IM), que se tabula de 0 a 20, 20 a 50, 50 a 75 y 75 a 100 por ciento. Por ejemplo, un caso bacilífero activo tiene IB de 6+ e IM de 75 a 100 por ciento.

Intradermorreacción con lepromina integral es un antígeno obtenido de lepromas humanos o de armadillo, que contiene 10×10^6 y 4×10^7 bacilos por mililitro. Resulta positiva en casos Tuberculoide, y negativa en Lepromatosa, si la lectura se hace en 24 a 48 horas se llama reacción de Fernández; demuestra sensibilidad pero no es práctica; se atribuye a reacción cruzada con otras micobacterias, la lectura a los 21 días es la reacción de Mitsuda

que indica resistencia; esta prueba no diagnostica lepra; más bien sirve para clasificar los casos y establecer el pronóstico.

Prueba de la histamina se utiliza en casos indeterminados para resaltar los trastornos vasomotores. Se coloca una gota de histamina en la mancha y otra en piel sana, y se pincha en ambos puntos con una aguja; en piel sana se observa de inmediato la triple respuesta de Lewis (eritema inicial, eritema reflejo y roncha); como en la lepra está suprimido el reflejo axónico, la respuesta es incompleta, sin eritema reflejo.

Pruebas serológicas Se utilizan transformación de linfocitos, pruebas de absorción de anticuerpos fluorescentes para lepra (FLA-ABS), antígeno específico de *M. Leprae*, sondas específicas de DNA y reacción en cadena de polimerasa (PCR) y citocinas como TNF- α e interleucina (IL)-1 beta (que se encuentran altas en las reacciones I y II). La estimación de anticuerpos contra análogos sintéticos de glucolípido fenólico de *M. leprae* (PGL-1), mide un antígeno específico que se correlaciona con el IB (más alto ante LL y reacción de reversión) y es útil para vigilar la quimioterapia; una prueba con resultados positivos confirma lepra, pero una que resulta negativa no la excluye.

Datos histopatológicos La biopsia de piel es de los estudios más útiles: en los casos Lepromatosa hay infiltrados con células de Virchow llenas de bacilos, que se demuestran con tinción para BAAR (Fite-Faraco o Ziehl-Neelsen modificado), con una banda subepidérmica de tejido conectivo; en la forma histioide se observan histiocitos aislados que forman remolinos. En los casos Tuberculoide se presenta un granuloma Tuberculoide con células epitelioides, células gigantes de tipo Langhans, y muchos linfocitos; el infiltrado perineural es intenso, y puede haber destrucción de nerviecillos. En los casos Indeterminados hay infiltrados inespecíficos de linfocitos e histiocitos que rodean vasos y anexos, es excepcional que se observen bacilos; los nerviecillos pueden estar engrosados. En los casos Borderline es posible que se encuentre una imagen Lepromatosa o Tuberculoide.

En la reacción leprosa (tipo II) hay paniculitis septal, con polimorfonucleares y vasculitis. Es más profunda en el eritema nudoso, y más superficial, pero más intensa en el eritema polimorfo y el fenómeno de Lucio; en este último se llega a observar oclusión vascular. En la reacción de reversa (tipo I) se tiene un granuloma Tuberculoide con edema intercelular e intracelular, y una zona subepidérmica de tejido de colágena al parecer normal; puede haber escasos bacilos. La neuritis puede ser intensa, con granulomas y necrosis e incluso destrucción neural permanente.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD HANSEN (LEPRA) MINSAL

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos, toda persona natural o jurídica de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, que incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); establecimientos de salud privados y los profesionales de la medicina en el ejercicio de su función.

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD: El director(a) del establecimiento de salud debe elaborar el plan de educación y promoción en salud para el personal y la comunidad, que contemple la información suficiente y necesaria sobre la lepra, para contribuir a la detección temprana y al tratamiento oportuno de las personas que padecen la enfermedad, prevenir las discapacidades y evitar el avance en las ya existentes. Así también, se debe propiciar la participación social y comunitaria para el apoyo de las acciones de prevención y promoción de la lepra.

El personal de salud debe proporcionar información y educación a la persona con lepra y su grupo familiar, en el establecimiento de salud o en visita domiciliar, a través de consejerías o entrevistas sobre: 1. Medidas preventivas de las discapacidades, autocuidado, eliminación de prácticas erróneas en su vida cotidiana, importancia de controles médicos, el seguimiento de caso y sus contactos. 2. Propiciar la adherencia al tratamiento e informar de los problemas que podrían presentarse al no cumplirlo. 3. Los efectos no deseados de los medicamentos y la búsqueda de atención oportuna cuando se presenten. 4. Apoyo psicológico con el objeto de fortalecer la dignidad de la persona, borrar estigmas y no permitir discriminación por razón de la enfermedad, para que el paciente no se excluya de la sociedad.

DE LA BÚSQUEDA DE CASOS Y CONTACTOS

El personal de salud, debe realizar la búsqueda de casos y contactos de lepra en su área de responsabilidad, ya sea de forma activa o pasiva para detectar, prevenir la enfermedad y garantizar la curación. Las actividades que el personal de salud debe realizar en la comunidad para la búsqueda activa de casos, que incluye a los contactos de personas que adolecen de lepra, particularmente los multibacilares, son:

1. Examen clínico de piel, troncos nerviosos y ojos.
2. Toma de Baciloscopía a sospechoso y sus contactos.

3. Realizar censo de todos los contactos domiciliarios, para que sean examinados cada año.

4. En comunidades dispensarizadas o bien delimitadas, debe realizarse un examen a cada persona e identificar aquellas que presenten signos tales como: a) Manchas hipocrómicas, eritematosas, pigmentadas, nódulos o infiltraciones con alteraciones de la sensibilidad. b) Pérdida de la sensibilidad. c) Engrosamiento de nervios periféricos. d) Zonas de anestesia cutánea. e) Infiltración de pabellones auriculares. f) Alopecia de la cola de ceja. g) Mutilación o deformidades de manos y pies.

El personal del establecimiento de salud debe de realizar la búsqueda pasiva, particularmente entre los(as) usuarios(as) que demandan atención por problemas de piel, que presenten manchas o nódulos, problemas neurales, adormecimientos, epistaxis, falta de sensibilidad, entre otros. Al realizar la búsqueda de casos y contactos, el personal de salud debe utilizar y llenar completamente los instrumentos establecidos por el MINSAL, de acuerdo a: 1. La ficha clínica para atención de casos de lepra, de acuerdo a formato establecido en el **anexo 1**. 2. Solicitud de examen bacteriológico de lepra, de acuerdo a formato establecido en el **anexo 2**. 3. Hoja de registro de investigación de Baciloscopía en pacientes con lepra, de acuerdo a formato establecido en el **anexo 3**.

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico precoz de lepra, se debe identificar por lo menos **dos** de los signos cardinales siguientes: 1. Presencia de lesiones en la piel: manchas o nódulos, que pueden ser únicos o múltiples, hipo o hiperpigmentados, aplanadas o elevadas por completo o sólo en los bordes y dentro de la mancha no existe la presencia de vellos; sin sensibilidad táctil, térmica ni dolorosa, ni prurito y anhidrosis. 2. Pérdida de la sensibilidad en la piel aparentemente normal, presencia de parestesias u hormigueo y falta de sensibilidad en alguna área de nervio periférico. 3. Engrosamiento de los nervios periféricos particularmente: nervio cubital, rama cutánea del nervio radial, nervio poplíteo externo y el nervio tibial posterior.

PRUEBA DE LEPRROMINA (MITSUDA)

El personal de salud con conocimiento y capacitado en la colocación de la prueba ya sea Dermatólogo, Médico o Enfermera deberá de realizar la prueba de lepromina cuando ésta se amerite a pacientes con Enfermedad de Hansen; así mismo todo el personal de salud deberá conocer sobre la existencia de la prueba, sus indicaciones, composición, conservación, técnica de aplicación y lectura de la prueba pues nos mide el grado de inmunidad celular que presenta una persona hacia los antígenos específicos del

Mycobacterium leprae, por tanto debe ser positiva en los casos tuberculoides y negativa en los casos Lepromatosa.

Indicaciones

La prueba de Lepromina deberá de ser utilizada para establecer la clasificación de algunos enfermos y tomar la decisión del tipo de tratamiento que requieren; esta prueba indica el estado inmunológico de una persona y el polo al que se definirán los enfermos dimorfos o indeterminados. Su utilidad radica en que:

- ⇒ **Sirve** para clasificar los enfermos una vez establecido el diagnóstico.
- ⇒ Permite establecer un pronóstico adecuado del paciente.
- ⇒ Es de gran utilidad para asignar prioridades en el seguimiento de los contactos.

Técnica de Aplicación

Para realizar la prueba, se inyecta por vía intradérmica en la piel de la cara interior del antebrazo derecha, con una jeringa y aguja de tuberculina, 0.1 ml (jeringa 1 ml. 25GT x 5/8 aguja calibre 26 bisel corto.)

Lectura de la Prueba

La lectura se deberá de realizar después de 4 semanas, utilizando una regla milimetrada para medir el diámetro mayor de la superficie indurada registrando esa medición y también si existe o no-ulceración.

Los criterios de lectura serán los siguientes:

- (0) Ninguna reacción en el sitio de aplicación.
- (+/-) Induración menor a tres (3) milímetros.
- (1+) Nódulo de tres (3) a cinco (5) milímetros
- (2+) Nódulo de seis (6) a diez (10) milímetros
- (3+) Nódulo mayor a diez (10) milímetros, o con ulceración, agregando al número de cruces la letra U.

Se considerarán pacientes francamente positivos a partir de 5 mm.

Sin embargo, el diagnóstico de lepra debe ser determinado con certeza basado en tres criterios:

- Clínico:** debe incluir el examen físico e interrogatorio para conocer el nexos epidemiológico.
- Bacteriológico:** baciloscopías para linfa de lesión y tabique nasal.

□ **Histopatológico:** biopsias de la lesión.

Ante la sospecha de que una persona adolezca de la enfermedad, el personal de salud debe solicitar el diagnóstico bacteriológico. La muestra debe tomarla personal de laboratorio clínico capacitado, del lóbulo de la oreja, tabique nasal o de lesiones de piel, ya que estas zonas donde se encuentra el *Mycobacterium leprae* y de cada área debe tomarse tres muestras. Luego del diagnóstico del caso y de indicar tratamiento se debe realizar la Baciloscopía cada seis meses mientras dure el tratamiento.

El reporte del estudio bacteriológico debe ser cualicuantitativo utilizando la escala logarítmica de Ridley para establecer el índice bacteriológico y morfológico. Para el diagnóstico histopatológico, el médico(a) tratante debe apoyarse en los resultados de las biopsias, las cuales las realizarán un dermatólogo o patólogo a nivel hospitalario y que pueden tomarse de las lesiones de la piel o del nervio sural, peroneo superficial y radial, y que permite un diagnóstico preciso de los diferentes tipos de lepra.

La clasificación de la lepra es la siguiente:

1. Lepra indeterminada.
2. Lepra Tuberculoide.
3. Lepra dimorfa.
4. Lepra Lepromatosa.

Se considera caso de lepra indeterminada, si cumple las características siguientes: a) Sólo está afectada la piel y los nervios periféricos (no es sistémica), b) Baciloscopías negativas. c) La fisiopatología es específica es muy frecuente al inicio de la enfermedad, es un caso inmaduro, no es transmisible, y puede evolucionar a Lepromatosa o Tuberculoide.

Se debe clasificar como caso de lepra Tuberculoide, si cumple con las siguientes características: a) Sólo está afectada la piel y los nervios periféricos (no es sistémico), b) Presenta manifestaciones dermatológicas características, tales como: placas anestésicas o hipo anestésicas infiltradas eritematosas de bordes bien definidos y trastornos de la sensibilidad, engrosamiento de nervios periféricos, de carácter destructivo a nivel de los nervios periféricos y parálisis muscular c) No es transmisible. d) Sus baciloscopías rara vez dan resultados positivos. e) Histológicamente, la biopsia reporta granuloma Tuberculoide con células gigantes de tipo Langerhans.

Se debe considerar caso de lepra dimorfa, si el usuario presenta: a) Lesiones sistémicas y se encuentra afectado el estado general. b) Inestabilidad en la respuesta inmunológica:

inmunidad celular contra el bacilo a veces se acerca al polo T y otras al polo L (caso BT ó BL). c) La imagen histopatológica: variable, podría presentar una imagen más Tuberculoide o Lepromatosa según el sitio del espectro. d) Sus manifestaciones son en piel y nervios periféricos, pero pueden existir lesiones en las mucosas en otros órganos o presentar alopecia. La hipoestesia y debilidad en el crecimiento del pelo son característicos y las baciloscopías generalmente son positivas.

Se debe clasificar como caso de lepra Lepromatosa, al usuario que presente: a) Baciloscopía positiva: es transmisible. b) Histológicamente las lesiones presentan macrófagos ocupados por los bacilos (histiocitos vacuolas o células de Virchow), c) Nervios periféricos engrosados y dolorosos a la presión. d) Manifestaciones tempranas de rubor facial, secreciones nasales sanguinolentas y obstrucción nasal, es frecuente la ulceración de la mucosa y el aplastamiento de la punta de la nariz; afecta todo el organismo excepto el sistema nervioso central, en adelante SNC. Puede presentar ginecomastia, esterilidad, complicaciones oculares e impotencia sexual.

Para el seguimiento de las personas luego de tener el diagnóstico de Lepra, se procederá de la siguiente manera:

1. Si está en tratamiento: a) Debe ser evaluado cada seis meses por dermatólogo. b) en pacientes multibacilares se debe realizar Baciloscopía a las seis, doce, veinticuatro meses después del diagnóstico, y continuar anualmente el seguimiento durante cinco años. c) En pacientes Paucibacilar se debe realizar Baciloscopía a los seis meses después del diagnóstico.
2. Si ha concluido el tratamiento, el paciente debe: a) Ser evaluado cada año por dermatólogo b) Realizarse Baciloscopía cada año, durante cinco años después de finalizado el tratamiento. c) El médico general debe realizar una detallada exploración física; e informar al paciente que debe acudir a control en cualquier momento que los síntomas se repitan o aparezcan nuevas lesiones.

TRATAMIENTO

Regimen	Lepra paucibacilar	Lepra Multibacilar BB, BL, LL
Régimen	<p>DIA 1</p> <p>Rifampicina 300 mg. 2 tabletas vo</p> <p>una vez al mes,</p> <p>Dapsona 100mg</p> <p>Bajo supervisión médica.</p>	<p>DIA 1</p> <p>2 tabletas Rifampicina 300 mg</p> <p>3 capsulas Clofazimina 300 mg.</p> <p>1 tableta Dapsona 100 mg.</p> <p>Tomado en casa, bajo supervisión de un trabajador de salud o familiar.</p>
	<p>Días 2- 28</p> <p>Dapsona 100 mg. 1 tableta vo cada día.</p>	<p>DIAS 2-28</p> <p>1 capsula de Clofazimina (50mg)</p> <p>1 Tableta de Dapsona (100mg)</p>
Duración del tratamiento.	- 6 meses a 9meses	<p>24 meses</p> <p>Por lo menos durante dos años preferentemente hasta que el frotis cutáneo BK de un resultado negativo.</p>

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014.

MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Todo el personal que brinda atención en salud o da servicios de salud debe conocer de la existencia de casos de lepra en su área de responsabilidad, y si existen, debe involucrar a las municipalidades, organizaciones comunitarias, espacios de coordinación intersectorial para que las acciones sean integrales y continuas. Sin embargo, es imprescindible dar respuesta a los desafíos planteados en el Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendida, para ello, cada establecimiento de salud debe elaborar anualmente un plan de educación continua y permanente para el personal de salud, personas que demandan atención o buscan algún servicio y para la comunidad, a fin de: a) Fortalecer la capacidad de respuesta del personal de salud en un entorno integrado en cuanto a la detección temprana de la enfermedad, incluyendo el personal de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, para la búsqueda activa de casos y contactos para la curación de la enfermedad o evitar discapacidades, b) Elaborar un plan de educación continua para el desarrollo de actividades educativas y de sensibilización en la comunidad para reducir la discriminación y el estigma de las personas y las familias afectadas por la lepra, Apoyo intersectorial para la familia de las personas con lepra, con énfasis en el acceso a educación, alimentación y empleo, a partir de la Mesa de Salud Local o su similar, definiendo los apoyos por cada institución. Priorizar en las niñas, niños y adolescentes de la familia de la persona con lepra. i) Mejorar las actividades para evitar la discriminación o el estigma de las personas y las familias afectadas por la lepra, a través de la visita domiciliar y la capacitación en iglesias y centros escolares.

Para la búsqueda, el buen manejo y seguimiento de los casos y contactos el personal de salud deberá desarrollar, ciertas actividades tales como:

Consulta Médica

Actividad médica en la cual se realiza el seguimiento clínico y terapéutico del paciente, con evaluación periódica de estado de salud y comprende:

1. Examen clínico:

Con la evaluación de los síntomas evolutivos de la enfermedad y del estado de las discapacidades si las presenta. Como mínimo deben efectuarse dos consultas en el año por paciente, con una periodicidad de seis meses. Se desarrollaran las actividades:

Inscripción

- Historia clínica del paciente.
- Ficha Clínico-Epidemiológica del estudio de caso.
- Tarjeta de tratamiento del paciente y seguimiento de contactos
- Registro en el Informe Epidemiológico Semanal
- Registro en el IEMA

- Registro General de Casos de Hansen

Notificación

Todo caso debe de ser reportado e forma inmediata por el médico.

Seguimiento

Son todas las actividades que se realizan sobre el paciente y sus contactos con fines epidemiológicos y clínicos en aspectos de prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación deberán de ser documentados en los instrumentos específicos para ello.

2. Consejería por Enfermera: Se realizara cada vez que el enfermo asista a su control y consiste en la atención individual con calidad y calidez a la persona enferma de Hansen en el establecimiento de salud. La consejería de enfermería deberá cumplir con la motivación y la información completa al paciente sobre su enfermedad debiéndose de insistir al máximo en la importancia de la regularidad del tratamiento y seguimiento de los contactos.

3. Administración del Tratamiento:

Esta actividad estará a cargo de personal de enfermería debidamente capacitado en el establecimiento de salud, siendo la tarea más importante la de asegurar la ingesta de forma supervisada de la primera dosis de los medicamentos cada mes que este llegue a retirarlo al establecimiento o por el promotor o personal de la comunidad capacitado cuando le sea entregado en el área rural.

4. Visita Domiciliaria:

Esta actividad deberá de ser realizada por personal del equipo de salud y consiste en asistir a la vivienda del paciente con el objetivo de buscar signos dermatológicos y /o discapacidades, vigilar la ingesta de medicamentos según prescripción médica, investigación y seguimiento de contactos, continuar la educación al paciente y su familia así como la realización de procedimientos de prevención y rehabilitación.

El paciente debe de recibir 4 visitas en el año, programadas una cada 3 meses aproximadamente para la vigilancia del paciente en el cumplimiento de la prescripción médica, especialmente en tratamiento supervisado; enseñando y educando al paciente y a su grupo familiar sobre la prevención de discapacidades.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación:

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, ya que se especificaron características demográficas, geográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con Lepra, además del comportamiento epidemiológico de la misma.

2. Período de investigación:

La investigación se realizó entre marzo-agosto de 2016, con un período de ejecución de protocolo propuesto para junio-julio 2016.

3. Universo:

Población diagnosticada con Lepra que residen en Cantón Llanos la Majada del Municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana para un total de 23 pacientes.

4. Muestra:

El criterio de inclusión que se utilizara será que al momento de la investigación el expediente clínico cuente con: historia clínica de 1° consulta médica, hoja de referencia a 2° nivel, ficha clínica para atención de paciente con Lepra, ficha de paciente en tratamiento por enfermedad de Lepra, investigación de baciloscopías de paciente con Lepra, solicitud de examen bacteriológico de Lepra estos dos últimos con sus respectivos reportes por Laboratorio correspondiente, por lo cual se tomaran únicamente 5 pacientes diagnosticados con Lepra del Cantón Llanos la Majada del municipio de Santa Rosa Guachipilín de Santa Ana que cuentan con su expediente clínico completo a la fecha.

5. Variables:

Dependiente:

Perfil socio epidemiológico del paciente diagnosticado con Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín del departamento de Santa Ana.

Independiente:

- Prevalencia de la Lepra
- Características socioeconómicas del paciente con Lepra
- Características clínicas de los tipos de Lepra
- Tipo de atención en salud para los pacientes diagnosticados con Lepra.

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala	Técnica	Instrumento
Prevalencia de la Lepra	Número de pacientes con diagnóstico de Lepra en los últimos 5 años entre la población total de Santa Rosa Guachipilín	Prevalencia por sexo	Tasa de prevalencia por sexo	Masculino Femenino	Entrevista	Cuestionario Guía de revisión de expedientes clínicos.
		Prevalencia por edad	Tasa de prevalencia por edad	Grupos etáreos		
Características socio-económicas	Son todos los factores sociales y económicos que influyen en el desarrollo de la enfermedad.	Social	Procedencia	Rural Urbana		Cuestionario
			Nivel educativo	Ninguno Básico Medio Superior		

			Ocupación	Desempleado, Agricultor Albañil	Entrevista		
			Tipo de vivienda	Adobe Bahareque Mixta			
		Económico	Ingresos Económicos	Menos que el salario mínimo Igual salario mínimo Más que el salario mínimo			

<p>Caracterización clínica</p>	<p>Manifestaciones clínicas dermatológicas correspondientes a cada tipo de Lepra.</p>	<p>Lepromatosa</p>	<p>Máculas</p> <p>Tamaño de lesiones</p> <p>Edema de piel</p> <p>Úlcera en piel</p> <p>Amputación</p>	<p>Hipocrómicas</p> <p>Hiperocrómicas</p> <p>Acrónicas</p> <p>Mayor de 1cm</p> <p>Menor de 1cm</p> <p>Con edema</p> <p>Sin edema</p> <p>Presencia de Úlceras.</p> <p>No presencia de Ulceras.</p> <p>Con amputación</p> <p>Sin Amputación</p>		<p>Cuestionario</p>
---------------------------------------	---	--------------------	---	---	--	---------------------

			<p>Placas</p> <p>Borde de la lesión</p> <p>Sitio Anatómico predilecto</p> <p>No puede ser clasificada en ninguna de las dos anteriores.</p>	<p>Hiperestésicas</p> <p>Hipoestésicas</p> <p>Anestésicas</p> <p>Borde eritematoso definido</p> <p>Borde eritematoso no definido</p> <p>Cara</p> <p>Cuello</p> <p>Extremidades Glúteos</p> <p>No es sistémica.</p>	<p>Entrevista</p>	<p>Guía de revisión de expediente clínico</p> <p>Examen físico</p>
		<p>Tuberculoide</p> <p>Dimorfa</p>				

Tipo de atención en salud	Medidas establecidas por norma para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud.		Historia y examen físico	Presencia de lesiones en la piel (manchas o nódulos): -Si -No Pérdida de la sensibilidad: -Si -No Engrosamiento de los nervios periféricos: -Si -No	Entrevista	Encuesta Guía de revisión de expediente clínico

		Diagnóstico	Exámenes de Laboratorios	Baciloscopia: Positiva Negativa Linfa de lóbulo de la oreja: Positiva Negativa Biopsia: Se Observan bacilos No se observan bacilos 0 a 3 mm 3-10 mm		
		Tratamiento farmacológico	Paucibacilar: Dapsona Rifampicina	Uso de 2 medicamentos: -Si -No		

			<p>Multibacilar:</p> <p>Dapsona</p> <p>Rifampicina</p> <p>Clofazimina</p>	<p>Uso de 3 medicamentos:</p> <p>-Si</p> <p>-No</p>		
			<p>Medidas preventivas</p>	<p>Conoce complicaciones y secuelas</p> <p>No conoce complicaciones y secuelas</p>		
			<p>Búsqueda activa de contactos</p>	<p>Reciben atención en salud los contactos.</p> <p>No reciben atención en salud los contactos.</p> <p>Quimioprofilaxis:</p> <p>No se administra quimioprofilaxis a contactos</p>		

		Tratamiento farmacológico	no	Si se administra quimioprofilaxis a contactos		
			Visita domiciliar por personal de salud	Paciente visitado por personal de salud: -Si es visitado -No es visitado Registro en ficha de cumplimiento del tratamiento: -Se registra en ficha. -No se registra en ficha.		

8. Fuentes de información:

Primarias: Personas con diagnóstico de Lepra, habitantes del Cantón Llano la Majada, Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana.

Secundarias: Revisión de expediente clínico de los pacientes diagnosticados con Lepra en los últimos 5 años, normas y lineamientos técnicos para pacientes con Lepra del Ministerio de Salud, libros de medicina, revistas médicas.

9. Técnica:

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta, revisión documental y examen físico.

10. Herramientas para obtención de información:

Cuestionario y guía de revisión documental en expedientes clínicos.

11. Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:

Se utilizó en cada paciente carta de consentimiento informado para previa autorización de información del paciente. Resguardando el nombre de paciente (Ver anexo 1).

12. Procesamiento y análisis de información:

Se utilizaron los siguientes programas informáticos: Microsoft Excel, Microsoft Word. Toda la información será descrita en tablas.

RESULTADOS

Resultado 1. Tasas de prevalencia por sexo y por edad de los pacientes diagnosticados con lepra.

Tabla 1. Prevalencia de sexo de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	4	80%
Femenino	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra

La enfermedad de la Lepra predomina en el sexo Masculino.

Tabla 2. Edad de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 a 29 años	0	0
30 a 49 años	2	40%
50 a 69 años	3	60%
Más de 70 años	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a paciente con Lepra y guía de revisión de expediente clínico.

Existe una prevalencia de Lepra en pacientes mayores de 30 años.

Resultado 2. Características socio-económicas de la población diagnosticada con lepra.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	5	100%
Urbano	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista de pacientes con Lepra.

El total de pacientes proceden del área rural del municipio de Santa Rosa Guachipilín.

Tabla 4. Ocupación de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Oficio	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	3	60%
Ama de casa	1	20%
Pastor evangélico	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

Tres pacientes se dedican a la agricultura, una paciente es ama de casa y un único paciente es pastor evangélico.

Tabla 5. Nivel educativo de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	40%
Alfabeta	3	60%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista de pacientes con Lepra.

Dos de los pacientes son analfabetas y tres cuentan con alfabetismo.

Tabla 6. Ingresos económicos de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Ingreso económico mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menor que el salario mínimo	4	80%
Mayor que el salario mínimo	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista pacientes con Lepra.

Cuatro pacientes tienen ingreso menor que el salario mínimo, solo un paciente tiene ingreso mayor del salario mínimo.

Tabla 7. Tipo de vivienda de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Mixto	5	100%
Bahareque	0	0
Adobe	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

El Total, de los pacientes tienen una vivienda con una construcción mixta.

Tabla 8. Servicios básicos de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Servicios Básicos	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista de pacientes con Lepra.

El total de los pacientes cuenta con servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y servicio sanitario).

Tabla 9. Hacinamiento de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

Hacinamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	5	100%
Total	5	100%

No existe hacinamiento en las viviendas de los pacientes con Lepra.

Resultado 3. Caracterizar clínicamente el tipo de lepra que adolece la población diagnosticada con dicha patología

Tabla 10. Ubicación anatómica de la lesión de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Ubicación anatómica de la lesión en pacientes con diagnóstico de Lepra	Frecuencia	Porcentaje
Cara y Cuello	3	60%
Extremidades	1	20%
Glúteos	0	0
Sistémica	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

3 pacientes tienen lesiones ubicadas en cara y cuello, 1 paciente tiene lesión ubicada en extremidades, 1 paciente tiene lesiones sistémicas.

Tabla 11. Tipo de mácula presente en los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tipo de macula	Frecuencia	Procedimiento
Acrónica	0	0
Hipocrómica	3	60%
Hiperocrómica	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

3 pacientes tienen maculas hipocrómicas, 2 pacientes tienen maculas Hiperocrómicas.

Tabla 12. Tamaño de la lesión dermatológica presente en la enfermedad de la Lepra de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tamaño de la lesión	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 1 cm	4	80%
Menor de 1 cm	1	20%
No se describe la lesión	0	0%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

4 pacientes tienen lesiones dermatológicas mayores de 1 cm, 1 paciente tiene lesión dermatológica menor a 1 cm.

Tabla 13. Presencia de Edema en la piel en la enfermedad de lepra de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Edema de Piel	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de edema en la piel	3	60%
No presencia de edema en la piel	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

3 pacientes tienen presencia de edema en la piel, 2 pacientes tienen presencia de edema en la piel.

Tabla 14. Presencia de úlcera en la piel en la enfermedad de lepra de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Úlcera en la piel	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de Úlcera	3	60%
No presencia de Úlcera	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

3 pacientes con presencia de úlcera en la piel, 2 pacientes con presencia de úlcera en la piel.

Tabla 15. Presencia de amputaciones en extremidades en la enfermedad de Lepra de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Amputación	Frecuencia	Porcentaje
Amputación	1	20%
No Amputación	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

1 paciente con amputación en extremidades, 4 pacientes sin amputación en extremidades.

Tabla 16. Tipo de placas presentes en la enfermedad de lepra de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tipo de placa	Frecuencia	Porcentaje
Anestésica	5	100%
Hipoestésica	0	0%
Hiperestésica	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

El total de 5 pacientes con presencia de placas anestésicas.

Tabla 17. Tipo de bordes eritematosos presentes en la enfermedad de Lepra de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tipo de borde eritematoso	Frecuencia	Porcentaje
Borde eritematoso definido	1	20%
Borde eritematoso no definido	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Guía de revisión de expediente clínico.

1 paciente con presencia de borde eritematoso definido, 4 pacientes con bordes eritematosos no definidos.

Resultados 4. Determinar la atención en salud brindada a la población con diagnóstico de Lepra.

Medidas establecidas por norma para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud.

Diagnostico

Tabla 18. Durante examen físico se evidencio presencia de lesiones nódulos o manchas en la piel en pacientes con enfermedad de lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Presencia de lesiones nódulos o manchas en la piel.	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En el total de 5 pacientes se evidencio la presencia de nódulos o manchas en la piel.

Tabla 19. Durante examen físico se evidencia presencia de pérdida de sensibilidad en la piel en pacientes con enfermedad de lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Perdida de sensibilidad en la piel	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En el total de 5 pacientes se evidencia la presencia de pérdida de sensibilidad en la piel.

Tabla 20. Durante examen físico se evidencia presencia de engrosamientos de nervio periférico en pacientes con enfermedad de lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Presencia de engrosamientos de nervio periférico	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	40%
No	3	60%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En 2 pacientes se evidenció la presencia de engrosamientos de nervios periféricos, en 3 pacientes no se evidenció la presencia de engrosamientos de nervios periféricos.

Tabla 21. Existe evidencia de realización de prueba de lepromina en expediente clínico en pacientes con enfermedad de lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Prueba de Lepromina	Frecuencia	Total
0 a 3 mm	0	0%
3 a 10 mm	0	0%
No	5	100%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

Se evidencia que el total de 5 pacientes no se realizó la prueba de lepromina.

Tabla 22. Existe evidencia de prueba diagnóstica de laboratorio en expediente clínico en pacientes con enfermedad de lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Evidencia de prueba diagnóstica de laboratorio en expediente clínico	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En el total de los 5 pacientes se encontró evidencia de pruebas diagnósticas de laboratorio en expediente clínico.

Tabla 22-A. Resultado de Baciloscopía de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Resultado de Baciloscopía	Resultado	Porcentaje
Negativa	2	40%
Positiva	3	60%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

3 pacientes con resultado de baciloscopía positiva, 3 pacientes con resultado de Baciloscopía negativa.

Tabla 22-B. Resultado de Linfa de Lóbulo de la oreja de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Resultado de linfa de Lóbulo de la Oreja	Resultado	Porcentaje
Negativa	1	20%
Positivo	4	80%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

4 pacientes con resultado de linfa de lóbulo de la oreja positivo, 1 paciente con resultado de linfa de lóbulo de la oreja negativo.

Tabla 22-C. Resultado de raspado de Tabique nasal de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Resultado raspado de tabique nasal	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	2	40%
Positivo	3	60%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

3 pacientes con resultado de raspado de tabique nasal positivo, 2 pacientes con resultado de tabique nasal negativo.

Tabla 23. Presencia de reporte patológico en expediente clínico de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Presencia de reporte patológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	80%
No	1	20%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En 4 pacientes se evidenció presencia de reporte patológico en expediente clínico, 1 paciente no se evidenció presencia de reporte patológico en expediente clínico.

Tratamiento farmacológico

Tabla 24. Tipo de tratamiento que reciben los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tipo de tratamiento que reciben los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Paucibacilar	1	20%
Multibacilar	4	80%
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En 4 pacientes se evidencio tratamiento farmacológico Multibacilar por revisión de expediente clínico, 1 paciente se evidencio tratamiento farmacológico paucibacilar por revisión de expediente clínico.

Tabla 25. Número de medicamentos utilizados para el tratamiento por los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Número de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Dos	1	20%
Tres	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

Cuatro de los pacientes estudiados reciben tratamiento con tres medicamentos y uno tratamiento con dos medicamentos.

Tabla 26. Duración del tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Duración del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	0	0
6 meses	1	20%
Menos de 2 años	0	0
2 años	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

El total de 5 pacientes se evidencio duración de tratamiento por 2 años.

Tratamiento no farmacológico

Medidas preventivas

Tabla 27. Conocimiento de signos de empeoramiento de la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Conocimiento de signos de empeoramiento de la enfermedad de Hansen	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	80%
No	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

4 pacientes conocen signos de empeoramiento de la enfermedad de lepra, 1 paciente no conoce signos de empeoramiento de la enfermedad.

Tabla 28. Presencia de complicaciones de la enfermedad de Hansen de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Presencia de complicaciones de la enfermedad de Hansen en los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	20%
No	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

4 pacientes no presentan complicaciones de la enfermedad de Hansen, 1 paciente presenta complicaciones de la enfermedad de Hansen.

Búsqueda activa de contactos

Tabla 29. Búsqueda activa de contactos entre familiares de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Búsqueda activa de contactos	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	40%
No	3	60%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

En 3 pacientes se evidenció la búsqueda activa de contactos entre familiares de los pacientes con diagnóstico de lepra, en 2 pacientes no se evidenció la búsqueda activa de contactos entre los familiares.

Tabla 30. Existe evidencia en expediente clínico de quimioprofilaxis a familiares de pacientes con enfermedad de lepra

Quimioprofilaxis	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	5	100%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

Se evidencia por medio de expediente clínico que el total de 5 pacientes no se realizó quimioprofilaxis a familiares con enfermedad de Lepra.

Visita domiciliar por personal de salud.

Tabla 31. Visita domiciliar por parte del personal de salud a los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Visita domiciliar por parte de personal de salud	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	80%
No	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Lepra.

En 4 pacientes se realizó visita domiciliar por parte del personal de salud, en 1 paciente no se realizó visita domiciliar por parte de personal de salud.

Tabla 32. Existe evidencia de seguimiento por personal de salud en los expedientes clínico de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Evidencia de seguimiento por personal de salud en expediente clínico	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En el total de 5 pacientes se evidenció el seguimiento por personal de salud en los expedientes clínicos.

Tabla 33. Se registró en ficha de tratamiento la entrega de blíster de medicamentos según fecha correspondiente de los pacientes con diagnóstico de Lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Se registró en ficha de tratamiento entrega de medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0
Total	5	100%

Fuente guía de revisión de expediente clínico en paciente con lepra.

En el total de 5 pacientes se registró en ficha de tratamiento la entrega de blíster de medicamentos.

Tabla 34. Tipo de atención integral por equipo multidisciplinario brindada a pacientes con enfermedad de lepra del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana en el periodo de marzo-agosto 2016.

Tipo de atención integral brindada por equipo multidisciplinario	Frecuencia	Porcentaje
Psicológica	1	20%
Nutricional	0	0%
Fisioterapia	2	40%
Dermatológica	5	100%
Medicina Interna	3	60%
Cirugía general	1	20%

En el total de 5 pacientes se evidencio que recibieron atención por dermatólogo, 3 pacientes recibieron atención por medicina interna, 2 pacientes recibieron atención con fisioterapia, 1 paciente recibió atención por psicología, 1 paciente recibió atención con Cirugía General.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. En los datos obtenidos durante la investigación se encontró que la prevalencia de la enfermedad de Lepra se da mayormente en personas del sexo masculino respecto al sexo femenino, además el rango de edades en donde existe mayor prevalencia es amplio y va desde los 30 años de edad hasta los 70 años de edad. Con una tasa de prevalencia para el sexo masculino de 1.0 por cada 100 habitantes y 0.2 por cada 100 habitantes para el sexo femenino. Respecto a lo contenido en el marco teórico en los pacientes del estudio existe una prevalencia predominante del sexo masculino de edad adulta.
2. En los resultados obtenidos se evidencian las siguientes características sociales, todos los pacientes son procedentes del área rural del municipio de Santa Rosa Guachipilín, Cantón Llanos las Majadas, la ocupación predominante es la agricultura, con respecto al nivel educativo encontramos un comportamiento igualitario entre pacientes alfabetas y analfabetas, el total de pacientes cuenta con una vivienda de construcción mixta, servicios sanitarios básicos y no encontramos hacinamiento dentro de sus viviendas. En las características económicas se evidencia que predomina el ingreso menor a salario mínimo. En comparación con lo contenido en el marco teórico, se encuentran las características de procedencia rural, un ingreso económico bajo y niveles educativos bajos.
3. Dentro de las manifestaciones clínicas dermatológicas de los pacientes con Lepra en la población estudiada, encontramos que la mayor parte de casos son congruentes con la Lepra Tuberculoide por presentar las siguientes características, placas eritematosas anestésicas, con bordes eritematosos no definidos con predominio de las lesiones en cara, cuello y extremidades. El único caso de Lepra Lepromatosa encontrado en el estudio concuerda con lesiones dermatológicas

menores de 1 centímetro de diámetro y la presencia de amputación en extremidad inferior.

4. Dentro de las medidas de atención en salud recibidas por los pacientes con Lepra se detectó durante consulta médica 2 signos cardinales para la sospecha de Lepra en la totalidad de los pacientes que son la presencia de nódulos o manchas en la piel y pérdida de sensibilidad, el tercer signo cardinal que es el engrosamiento de nervios periféricos no fue concluyente en la totalidad de los pacientes. En el total de los expedientes revisados se encontró evidencia de pruebas diagnósticas de laboratorio en su mayoría positivas, en el raspado de tabique y baciloscopía se encontró un resultado indeterminado, en el resultado de la Linfa del Lóbulo de la oreja se observa que el resultado fue predominantemente positivo. Respecto al tratamiento se observa que la totalidad de los pacientes reciben tratamiento Multibacilar, en el que se incluyen tres medicamentos Dapsona, Rifampicina y Clofazimina, que es administrado por 2 años según norma de prevención y control de la enfermedad de Hansen (Lepra). La mayoría de los pacientes en las medidas preventivas y tratamiento no farmacológico de la enfermedad conocen las complicaciones de la enfermedad, además se puede ver que existió una búsqueda activa de casos, con la respectiva visita domiciliar por parte de algún miembro del equipo de salud y seguimiento durante la duración del tratamiento, con el respectivo registro de la entrega de su tratamiento en la ficha de registro.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la enfermedad de Hansen (Lepra) por sexo y edad es predominantemente en adultos del sexo masculino en el municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana.
2. Las características socioeconómicas de los pacientes con enfermedad de Hansen (Lepra) son procedencia de la zona rural, agricultores, con ingresos económicos bajos.
3. El tipo de Lepra Tuberculoide es el diagnóstico más frecuente en base a las características clínicas dermatológicas observadas en los pacientes estudiados.
4. El único paciente con diagnóstico de Lepra Lepromatosa presenta la complicación característica de este tipo de Lepra que es la amputación por pérdida de sensibilidad nerviosa.
5. Todos los pacientes que consultaron cuentan con historia clínica y examen físico realizado por médico tratante, además todos fueron referidos al segundo nivel para realización de pruebas diagnósticas de laboratorio (baciloscopia, raspado de tabique nasal, linfa de lóbulo de la oreja) y se encuentra evidencia de resultados en expediente clínico.
6. El tratamiento recibido por cuatro de los pacientes es el Multibacilar por presentar baciloscopia positiva, en el que son tratados con 3 medicamentos durante al menos dos años en base a la clasificación terapéutica.
7. El tratamiento Paucibacilar con 2 medicamentos y con duración de 6 meses es administrado solo a un paciente de los estudiados, por presentar baciloscopia negativa.

8. En la totalidad de los pacientes existió visita domiciliar y seguimiento por parte del personal de salud, además de registro adecuado de entrega de medicamentos en tarjeta de control.

9. La totalidad de los pacientes recibió interconsulta con especialidad de Dermatología como parte de la atención integral del paciente con enfermedad de Hansen (Lepra).

RECOMENDACIONES

1. Al ministerio de salud realizar campañas de concientización acerca de la existencia de la enfermedad de Hansen, ya que es una enfermedad prevalente a nivel Nacional y muy poca conocida por el personal de salud y la sociedad.
2. A los establecimientos de salud realizar capacitaciones acerca de la enfermedad de Hansen para su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y evitar futuras complicaciones en pacientes con esta enfermedad.
3. A las UCSF que posean pacientes con diagnóstico de Lepra realicen una depuración pertinente del expediente clínico, con el fin de conservar papelería que contenga, primera historia clínica, consultas de seguimiento, reporte de baciloscopías y reporte patológico, además de tarjeta de control de tratamiento para pacientes con Lepra.
4. Continuar con el seguimiento comunitario por parte de los promotores de salud para verificar cumplimiento de tratamiento y así evitar recaídas o complicaciones acerca de la enfermedad de Hansen.
5. Realizar la búsqueda activa de contactos a familiares de pacientes con diagnóstico de la enfermedad de Hansen y especialmente hacer énfasis en el uso de la quimioprofilaxis.
6. A las universidades que, durante la cátedra de Enfermedades transmisibles, Dermatología y Medicina Interna hacer énfasis en la prevalencia e incidencia de

la enfermedad de Hansen a nivel nacional por ser una enfermedad muy poco estudiada a nivel nacional.

7. Al sector social a evitar la estigmatización de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Hansen.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud, Programa Regional de Lepra, Lepra en la región de las Américas, El reto de sostener los logros alcanzados y avanzar hacia la eliminación, 2013, 1-27
- Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud, Plan de acción para acelerar el logro de la eliminación de la lepra en América Latina y el Caribe, Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012 – 2015, Capítulo 1, 10-19.
- Juan Román Urbina Torija, María del Pilar García Salazar, María de las Mercedes Letón Pastor y Raquel Ruiz Pérez, Epidemiología de la lepra a través del estudio de la frecuentación en el hospital especializado de Trillo durante el periodo 1943-1995, Revista española salud pública 1997, 463-477.
- Robert H. Gelber. Lepra. En: Dan L Longo MD, Dennis L. Kasper MD, J. Larry Jameson MD, PhD, Anthony S. Fauci MD, Stephen L. Hauser MD, Joseph Loscalzo MD. Harrison principios de Medicina Interna Vol. 1. 18ª Edición, New York, NY. USA. Mc Graw Hill; 2012. P 1359-1366.
- Roberto Arenas. Lepra. En: Roberto Arenas. Atlas Dermatología, diagnóstico y tratamiento, 3ª edición, Buenos Aires, Argentina. Mc Graw Hill; 2005. P 336-351.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Norma de prevención y control de la enfermedad de Hansen, El Salvador, C.A. Septiembre de 2007.
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lineamientos técnicos para la prevención y control de la enfermedad de Hansen, El Salvador, C.A. Septiembre de 2007.
- Ministerio de salud, Lineamientos técnicos para prevención y control de la enfermedad de Hansen, San Salvador, Marzo 2016.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana.

SEXO: _____ EDAD: _____

Consentimiento Informado de participación en la investigación:

“Perfil socio epidemiológico del paciente con Lepra, en el municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana”

Yo, paciente con diagnóstico de Lepra, he sido informado por los investigadores en su totalidad lo que respecta su trabajo de investigación, y sé que los datos proporcionados por mi persona y los obtenidos de mi expediente clínico serán de uso único y puramente académico y serán de provecho para la realización de futuras investigaciones.

Por lo autorizo mi información sea utilizada dentro de las consideraciones éticas y acepto participar en este proceso de investigación.

F. _____

Firma o huella de paciente

ANEXO 2: INSTRUMENTO, CUESTIONARIO.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana.

OBJETIVO: El presente instrumento se utilizará con el fin de conocer el perfil socio epidemiológico del paciente con Lepra, en el municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana, durante el período de marzo- agosto 2016.

DATOS GENERALES:

1. Número de Expediente:
2. Edad:
3. Sexo: Masculino _____ femenino _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

4. Procedencia: Rural _____ Urbana _____
5. Oficio: _____
6. Nivel Educativo: Analfabeta _____ Alfabetada _____
7. Ingreso Económico Mensual: Menor a salario mínimo _____
Igual o Mayor a salario mínimo _____
8. Tipo de vivienda: Mixta _____ Bahareque _____ Adobe _____
9. Cuenta con servicios básicos:

Luz eléctrica_____ Agua potable_____ Excretas_____

10. Número de personas que habitan la casa: _____

11. Número de dormitorios en la vivienda: _____

ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

12. ¿Ha utilizado algún remedio casero o rito de curación? Sí_____ No _____

13. ¿Durante su enfermedad tomo algún medicamento que no prescribió un médico?

Sí _____ No _____

14. ¿Cuántos medicamentos tomaba durante su enfermedad?

Dos _____ Tres _____

15. ¿Por cuánto tiempo los tomó?

Menos de 6 meses _____ 6 meses _____

Menos de 2 años _____ 2 años _____

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD:

16. ¿Conoce usted los signos de empeoramiento de su enfermedad?

Sí _____ No _____

¿Cuáles? _____

17. ¿Padece Ud. alguna de las complicaciones de la enfermedad de la Lepra?

Sí _____ No _____

¿Cuáles? _____

18. ¿Padece alguna discriminación social debido a su enfermedad?

Sí _____ No _____

ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

19. ¿Examinaron o tomaron exámenes luego del diagnóstico de lepra a sus familiares y amigos? Sí _____ No _____

20. ¿Recibió consejería de parte del personal de salud sobre medidas de cuidado personal? Sí _____ No _____

21. ¿Alguna vez, durante su enfermedad, el médico, enfermera o promotor de salud lo visito en su casa?

Sí _____ No _____

22. ¿Recibió Ud. control con el médico cada seis meses posteriores a finalizado el tratamiento? Sí _____ No _____

ANEXO 3: GUÍA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO:

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana.

OBJETIVO: El presente instrumento se utilizará con el fin de conocer el perfil socio epidemiológico del paciente con Lepra, en el municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana, durante el período de marzo- agosto 2016.

GUÍA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO

Número de expediente: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: 10 a 29 años _____

30 a 49 años _____

50 a 69 años _____

Más de 70 años _____

Procedencia: Rural _____ Urbano _____

Fecha de 1° consulta: _____

Fecha de confirmación diagnóstica: _____

1. DESCRIPCIÓN DERMATOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD EN CUADRO CLÍNICO:

UBICACIÓN DE LA LESIÓN:

Cara: _____ Cuello: _____

Extremidades: _____ Glúteos: _____ Sistémico: _____

MÁCULA:

Acrómica: _____ Hipocrómica: _____ Hiperocrómica: _____

TAMAÑO DE LA LESIÓN:

Mayor de 1 cm: _____ Menor de 1 cm: _____ No se describe la lesión: _____

EDEMA DE PIEL:

Se observa edema en piel: _____ No se observa edema en piel: _____

ULCERAS DE PIEL:

Presencia de Ulcera en piel: _____ No presencia de Ulcera en piel: _____

AMPUTACIÓN:

No presenta amputación: _____ Presenta amputación: _____

PLACAS:

Anestésicas: _____ Hipoestésicas: _____ Hiperestésicas: _____

BORDE ERITEMATOSO:

Definido: _____ Borde eritematoso no definido: _____

2. SOSPECHA CLÍNICA POR MÉDICO TRATANTE:

Si: _____ No: _____

Tipo de sospecha: Lepromatosa____ Tuberculoide____

3. RECIBIÓ REFERENCIA A 2º NIVEL:

SÍ: _____ No recibió referencia a 2° nivel: _____

4. ¿DURANTE EXMEN FISICO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE LESIONES EN LA PIEL NODULOS O MANCHAS EN LA PIEL?

Sí: _____ No: _____

5. ¿DURANTE EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN LA PIEL?

Sí: _____ No: _____

6. ¿DURANTE EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ENGROSAMIENTOS DE NERVIO PERIFERICO?

Sí: _____ No: _____

7. ¿EXISTE EVIDENCIA DE REALIZACION DE PRUEBA DE LEPROMINA EN EXPEDIENTE CLINICO?

0 A 3 MM

3 A 10 MM

NO

8. ¿SE ENCUENTRA EVIDENCIA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LABORATORIO EN EXPEDIENTE CLÍNICO?

Sí: _____ No: _____

9. ¿CUÁLES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LABORATORIO SE ENCUENTRAN EN EXPEDIENTE CLÍNICO?

Baciloscopía positiva: _____ negativa: _____

Linfa de Lóbulo de la oreja positiva: _____ negativo: _____

Raspado de tabique nasal positivo: _____ negativo: _____

10. ¿SE ENCUENTRA REPORTE PATOLÓGICO EN EXPEDIENTE CLÍNICO?

Sí: _____ No: _____

11. ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO RECIBE EL PACIENTE?

Paucibacilar: _____ Multibacilar: _____

12. ¿SE REGISTRÓ EN FICHA DE TRATAMIENTO LA ENTREGA DE BLÍSTER DE MEDICAMENTO SEGÚN FECHA CORRESPONDIENTE?

Sí: _____ No: _____

13. ¿SE BRINDÓ CONSEJERÍA POR PARTE DE PERSONAL DE SALUD AL PACIENTE?

Sí: _____ No: _____

14. EXISTE EVIDENCIA SEGUIMIENTO EN EXPEDIENTE CLÍNICO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD AL PACIENTE:

Sí: _____ No: _____

15. ¿RECIBIÓ CONTROL MÉDICO CON RESPUESTA DE EXÁMENES DE LABORATORIO CADA 6 MESES?

Sí: _____ No: _____

16. ¿RECIBIÓ ATENCIÓN INTEGRAL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO?

Psicológico: Si _____ No _____

Nutricional: Si _____ No _____

Fisioterapia: Si _____ No _____

Dermatológico: Si _____ No _____

Otra: _____ ¿Cuál? _____