



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 10
MANZANILLO, COLIMA.**

**PREVALENCIA DE LEPRO EN LA ÚLTIMA DECADA EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE
MANZANILLO, COLIMA, MEXICO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ROSA MARGARITA VARGAS GUTIÉRREZ

MANZANILLO, COLIMA.

AÑO DE 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**PREVALENCIA DE LEPRO EN LA ÚLTIMA DECADA
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
MANZANILLO, COLIMA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ROSA MARGARITA VARGAS GUTIÉRREZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS:

**DRA. ALMA ROCÍO MONTERROSA GALINDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA HGZ10**

**M.C. FRANCISCO JAVIER VIZCAINO OROZCO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF19 COLIMA, COL.**

**DR. SAMUEL SANTOS FLORES
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UMF19 COLIMA, COL.**

MANZANILLO, COLIMA.

AÑO DE 2008.



**PREVALENCIA DE LEPRO EN LA ÚLTIMA DECADA
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
MANZANILLO, COLIMA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ROSA MARGARITA VARGAS GUTIÉRREZ

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

MANZANILLO, COLIMA.

AÑO DE 2008.

DEDICATORIA:

- A DIOS:* Por ser guía en mi camino.
- A mi padre:* Salvador Ignacio Vargas Sánchez, quien no alcanzó a ver los Resultados que siempre anheló, ya que partió tempranamente de ésta vida y aunque ya no se encuentre físicamente, sigue vivo en mi pensamiento, por eso a tí papá, te dedico esta tesis y estoy segura que algún día nos volveremos a encontrar.
- A mi madre:* Margarita Gutiérrez García, por su fuerza, comprensión, empeño y amor, así como por su perseverante enseñanza para lograr la unión familiar.
- A mis hermanos:* Guadalupe Alejandra, Salvador Ignacio, Hugo Manuel, José Antonio, Gerardo Gamaliel, Vera Lidia, Marco Ricardo y Jorge Vicente, de los cuales me siento muy orgullosa.
- A mi esposo:* Octavio Gutiérrez Peña, por aparecer en mi vida y brindarme su gran apoyo incondicional.
- A mi tercia de ases:* Octavio Overath, Candy Margarita y Rossy Paulette, mis adorables hijos, ya que son mi mayor motivación.

AGRADECIMIENTO:

- A la Dra. Alma Rocío Monterrosa Galindo.
Por compartirme su conocimiento y profesionalismo, con su invaluable apoyo al asesorarme en el presente trabajo.
- A mis Maestros: M.C. Francisco Javier Vizcaíno Orozco,
Dr. Samuel Santos Flores,
Por su gran profesionalismo y enseñanza en la especialidad de Medicina Familiar.

INDICE:

INTRODUCCIÓN	6
HISTORIA	8
TRANSMISIÓN	10
PERIODO DE INCUBACIÓN.....	11
PREVALENCIA	12
DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	13
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	14
TIPOS DE LEPROA.....	17
DIAGNÓSTICO	23
GRADOS DE INCAPACIDAD.....	24
TRATAMIENTO	25
REHABILITACIÓN	26
PRONÓSTICO	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
OBJETIVOS	27
GENERAL	27
ESPECÍFICO	27
MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
VARIABLES DE ESTUDIO.....	28
VARIABLES	29
METODOLOGÍA	30
RESULTADOS	31
PREVALENCIA	32
CONCLUSIÓN	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	35

TITULO

PREVALENCIA DE LEPRO EN MANZANILLO

INTRODUCCIÓN:

CONCEPTO.- Es una enfermedad infecciosa, crónica que afecta en forma casi exclusiva al hombre y ataca sobre todo los troncos nerviosos periféricos y la piel potencialmente puede afectar cualquier órgano del cuerpo excepto el sistema nervioso central (1).

Es un padecimiento infeccioso de gran importancia para la Salud Pública ya que es una de las enfermedades transmisibles que tiene graves repercusiones físicas y psicológicas por el estigma social de mutilación y ostracismo de sus víctimas, lo que las limita en el desempeño de su papel en la sociedad. La enfermedad ha mostrado una reducción considerable en la cantidad de casos nuevos y actualmente existe la tecnología necesaria para su eliminación y control a través de la detección oportuna de casos, el uso de esquemas terapéuticos modernos (multidrogas) y el seguimiento de los casos para evitar las recaídas y el abandono del tratamiento. Para el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) la lepra está incluida en los programas prioritarios de salud. (2).

Nom-027-ssa2-1999 para el control y la eliminación de la lepra.

Es un problema de Salud Pública en muchas regiones del mundo y en México, no solo por el número de casos sino también por su carácter invalidante y el prejuicio que existe en la población.

La poliquimioterapia (PQT) iniciada en México en 1990, que garantiza la curación, ha reducido el número de casos infectantes y la frecuencia de discapacidades, con ello se han modificado los conceptos de incurabilidad y contagiosidad de la enfermedad.

Las acciones de la estrategia para la eliminación de la lepra aunada a la poliquimioterapia (PQT), han modificado la situación Epidemiológica de este padecimiento, logrando en 1994 México como País, cumpliera la meta establecida por la O.M.S. De tener menos de 1 caso por cada 10,000 habitantes (3).

El uso generalizado de la terapia multimedamentosa (TMM), ha reducido la carga de morbilidad de forma espectacular a lo largo de los últimos 20 años más de 14 millones de enfermos de lepra se han curado, la prevalencia de la enfermedad ha disminuido un 90% a 1 por 10,000 habitantes en el año 2000 (4).

AGENTE INFECCIOSO: El agente causal es *Mycobacterium leprae* conocido como bacilo de Hansen es una bacteria ácido alcohol resistente de 7 x 0.25 µm con forma de bastoncillo y extremos redondos, se observa aislado o formando masas como paquetes de cerillos, es abundante en la mucosa orofaríngea, piel, orejas, codos, dorso de los dedos, escroto. Los estudios bacteriológicos han permitido determinar que el tiempo de generación bacilar es de aproximadamente 12 días, que los bacilos que se tiñen de forma total y uniforme están vivos y por lo tanto son viables e infectantes. Los bacilos permanecen vivos en el medio ambiente de 1 a 9 días (1).

Fue identificado en 1874 por el Médico Noruego Gerhard Henrik Armauer Ansen (5).

Mycobacterium leprae se multiplica muy lentamente y el periodo de incubación de la enfermedad son 5 años, los síntomas pueden tardar hasta 20 años en aparecer, no es muy contagiosa se transmite a través de las gotitas expulsadas por la nariz, en contactos estrechos y frecuentes con los casos no tratados (4).

Existen bacilos dentro de las células endoteliales de los vasos sanguíneos o en las células mononucleares. Los bacilos producen lesiones en la piel y en las mucosas, aparecen en los exudados de estas lesiones, así como en las secreciones de cavidad bucal y nasal en los individuos con lesiones nasofaríngeas. No crece esta bacteria en un medio artificial. Se acepta que el microorganismo posee poca virulencia y capacidad de invasión, se necesitan muchos años de exposición bastante estrecha para que se transmita (2).

HISTORIA: En el antiguo y nuevo testamento el término lepra se aplicaba a diversos trastornos físicos que se consideraban castigos divinos, se decía que la víctima estaba en un estado de tsara^ath o de pecado. Este término hebreo se tradujo después por lepros, del que deriva la palabra lepra (5).

La lepra ha azotado al hombre desde hace miles de años incluso en códigos egipcios del año 1500 A.C., ya se habla sobre su existencia sin olvidar su mención en pasajes Bíblicos y de los Evangelios. Su expansión mundial se debió principalmente a las conquistas, cruzadas y colonizaciones entre diferentes Países y Continentes (7).

El primer lazareto se fundó en 1520 en Santo Domingo y posteriormente en toda América (8).

José Terencio de las aguas, Dermatólogo de la Real Academia de Medicina de Valencia, experto en lepra de la O.M.S., director Médico del Sanatorio de Fontilles en Valencia, España es considerado como uno de los mayores conocedores de la lepra y en su obra dice que la lepra forma parte del patrimonio de pobreza, miseria y dolor de la humanidad desde los tiempos más remotos siglo tras siglo persigue al hombre engendrando mitos, misterios, terror, estigmatización social y rechazo, existe en la historia como ejemplo de la negación de los derechos humanos, injusticia y crueldad colectiva (9).

HECHOS IMPORTANTES EN LA HISTORIA DE LA LEPROSIA (6).

*En el año 600 A.C., En la India se describieron pacientes con lesiones en la piel con las características propias de la lepra a los que se designaba como kushta vat-rakta y vatsonita.

*En el año 500 A.C., En china se describió a la lepra en un escrito clásico con el nombre de lifeng (parálisis severa).

*En 1500 D.C., el griego Aretaus, describió por primera vez de forma clara y amplia a la lepra y menciona la “facies leonina”.

*En los siglos V y VI D.C., la enfermedad se diseminó, los romanos la introdujeron a España y en el siglo VII se volvió endémica. En gran Bretaña, los primeros leprosarios se instalaron uno en el convento de St. Gallen Suiza y otro en España.

*El control de la enfermedad se llevaba a cabo mediante el aislamiento de los enfermos, evitando el matrimonio entre ellos, manteniéndolos segregados, con deficiencias higiénicas y dietéticas, se consideraba que la lepra era un castigo divino a los pecadores y herejes. Una vez diagnosticada la enfermedad los pacientes tenían prohibido convivir con la población “sana” y quedaban así fuera de la sociedad.

*En la edad media, más que el cuidado de los enfermos el objetivo del gobierno era mantenerlos aislados por lo que continuaron construyendo leprosarios.

*En el siglo XVIII, Theoric de Cervia, Obispo y Médico describió con mucha claridad las características clínicas de la lepra (compatibles con los casos de lepra lepromatosa) propuso dos tipos de lepra la tibia (con manchas no progresivas) y la alopecia a la que consideraba como enfermedad venérea y congénita.

*Durante los siglos XVI y XVIII, la lepra se diseminó al nuevo continente a través del comercio de esclavos.

*En el siglo XII, Francastorio, supo que en realidad se trataba de dos enfermedades diferentes que se transmitían por contacto con la piel y la respiración de los enfermos, además a través de los fómites.

*En 1897 se llevó a cabo el primer Congreso Internacional de la lepra en Berlín, y se aceptó que Hansen era el descubridor del bacilo de la lepra y que este era el causante de la enfermedad.

*En 1918 Hayashi obtuvo una suspensión de bacilos a partir de nódulos de pacientes lepromatosos y la llamó lepromina.

*En nuestro país se supo de los primeros enfermos en el siglo XVIII, en 1930 se instrumentó la campaña contra la lepra sustentada en dos centros Dermatológicos en el distrito los que acudían los enfermos voluntariamente posteriormente se adopto la estrategia de formar cuatro zonas que dependiera de los estados y territorios con la finalidad de detectar tempranamente los casos y abatir la endemia.

RESERVORIO: El único reservorio conocido es el hombre (10).

TRANSMISIÓN: Por contacto intimo prolongado en el hogar, algunos datos bacteriológicos sugieren que es la vía respiratoria, los bacilos tiene una sobrevivida hasta de 24 horas se calcula que la dosis infectante debe contener un promedio de 100 millones de bacilos viables. Las secreciones nasales de pacientes no tratados eliminan diariamente millones de bacilos y llegan a permanecer en las secreciones nasales secas hasta 7 días. En las ulceras cutáneas también llegan a encontrarse millones de bacilos. En la lepra es muy largo el periodo de exposición-infección-manifestaciones Clínicas.

Es posible que los bacilos entren por erosiones en la piel a través de las mucosas, que se diseminen por los ganglios linfáticos y la sangre (11).

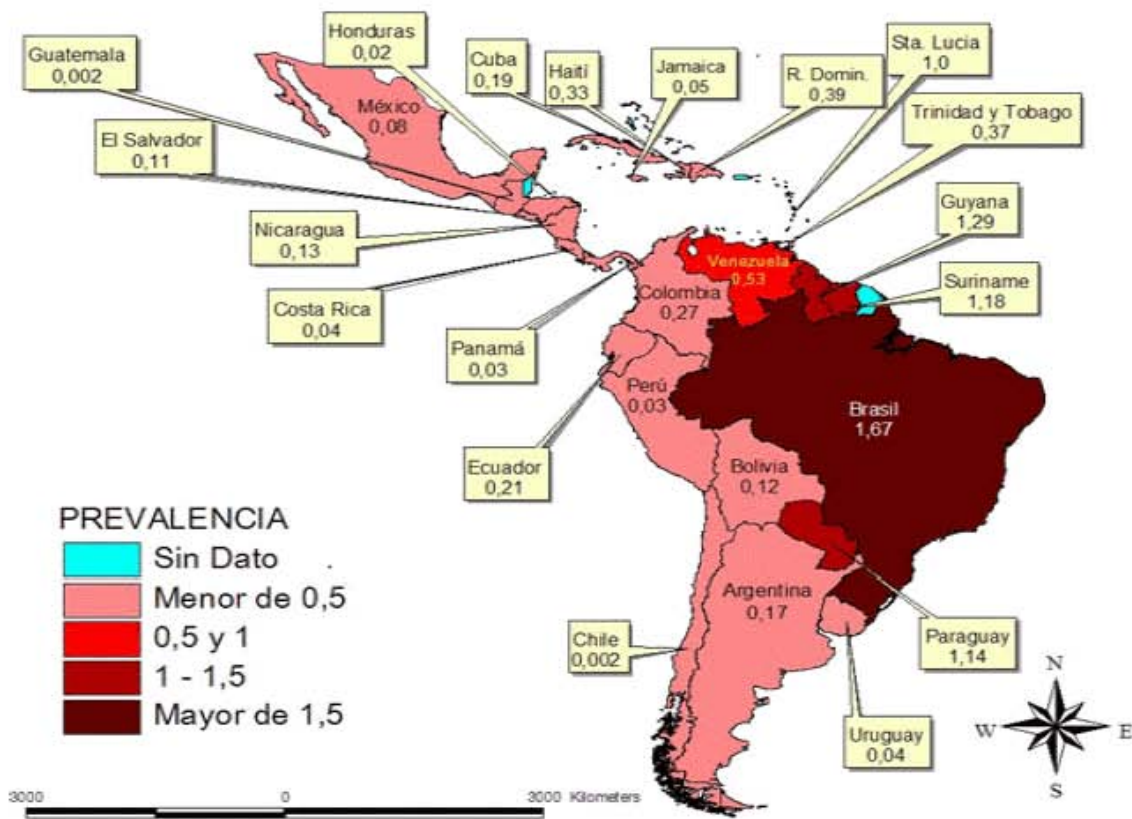
En la lepra existen evidentes defectos parciales y totales de la inmunidad celular con trastornos de la secreción de citoquinas por efecto del m, leprae puede trastornar la función inmunitaria ocasionando defectos importantes de la misma (8).

PERIODO DE INCUBACIÓN:

De nueve meses a veinte años, puede ser muy largo de cuatro años para la forma tuberculoide y de ocho para la lepromatosa, rara vez se da en menos de tres años (2).

Se transmite a través de las vías respiratorias. Puede presentarse en cualquier edad y sexo. Tiene un periodo de incubación o latencia muy prolongado que suele durar tres a cinco años (12).

Prevalencia del 2005

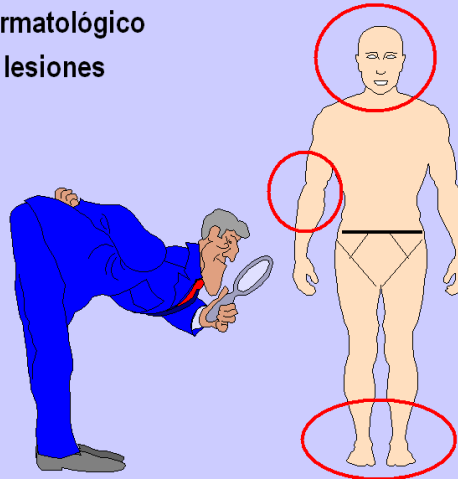


Diagnóstico Clínico

Lepra

Examen Dermatológico

- Tipos de lesiones



Cara

Pabellones auriculares

Brazos

Glúteos

Piernas

Mucosa Nasal. (12).

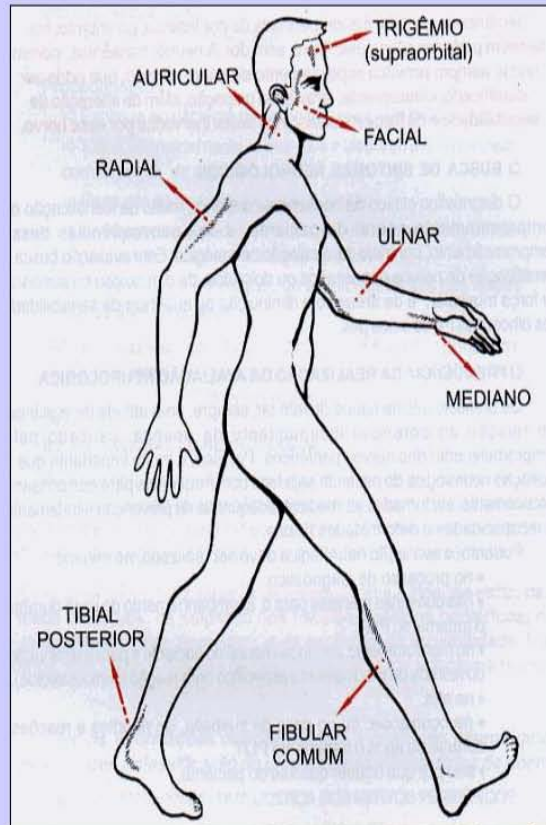
Prueba de Mitsuda o Lepromina:

Enfermo de Lepra, la reacción es positiva, se presenta en el 100% de la lepra tuberculoide y en el 50% de la indeterminada, la reacción es negativa en el 100% de la lepra lepromatosa y menos del 50% de la lepra dimorfa (12).

En un contacto de lepra, infectado con *m. leprae*, si la reacción es positiva, pudiera desarrollar la forma tuberculoide o indeterminada y si fuera negativa la lepromatosa o dimorfa.(12).



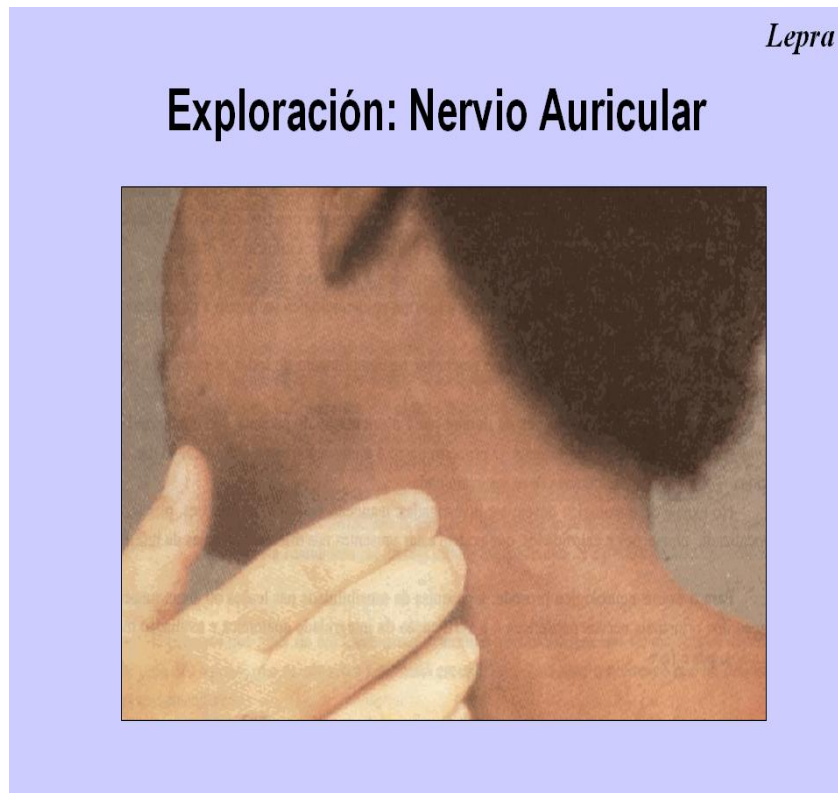
Troncos nerviosos más afectados



Exploración: Nervio Auricular

Procedimiento:

El paciente debe rotar la cabeza en dirección al hombro, verificar el engrosamiento del nervio auricular que pasaría cruzando el musculo esternocleidomastoideo.(12).



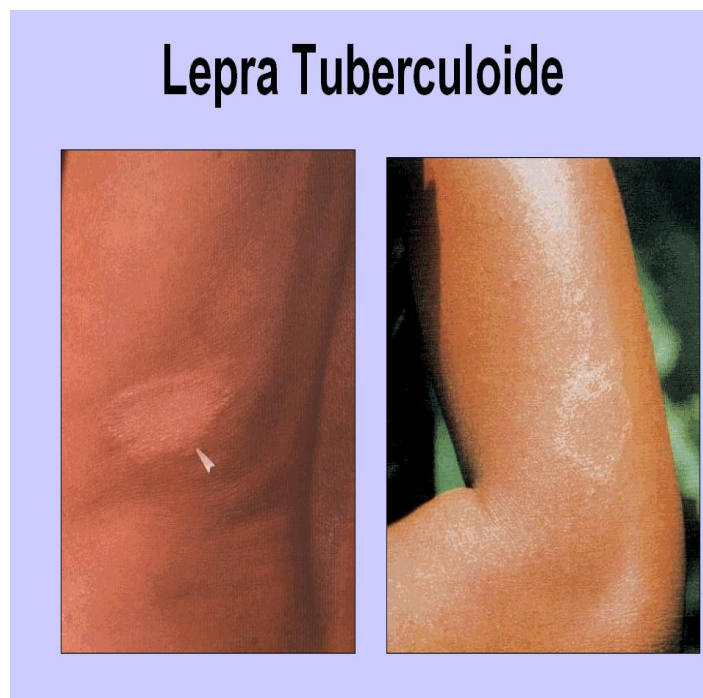
LEPRA INDETERMINADA:

Constituye por lo general la forma inicial de la lepra. Consiste en maculas hipocromicas o discretamente eritematosas, con limites precisos o difusos. En esta etapa puede pasar inadvertida por el enfermo e incluso desaparecer sin tratamiento, las lesiones son en numero variable y en numero que puede llegar hasta cinco. Existe alteración de la sensibilidad y disminución de la sudoración pero no hay alteración en los troncos nerviosos. No hay discapacidad. (12).



LEPRA TUBERCULOIDE:

Se afecta la piel y los nervios periféricos. El bacilo no invade mucosa ni órganos internos, las lesiones frecuentemente son eritematosas infiltradas de aspecto anular, con centro hipocrómico anestésico y de bordes activos bien definidos. Con o sin lesiones satélite (lesiones alrededor de las placas). Siempre existe alteración de la sensibilidad, las alteraciones tiene perdida de la sudoración (anhidróticas). (12).



LEPRA DIMORFA:

Es la forma más inestable de la enfermedad.

Las lesiones son placas ovaladas o redondeadas, infiltradas con un contorno interno bien definido y un externo difuso generalmente de color ferruginoso y aparecen fundamentalmente en tronco y extremidades.

Pueden presentarse maculas, pápulas, nódulos, generalmente son simétricas, puede existir infiltración en los pabellones auriculares.(12)..



LEPRA LEPROMATOSA:

Pueden presentarse lesiones de varios tipos simétricas, eritematosas, hipocrómicas, infiltradas ricas en bacilos, nódulos o lepromas con superficie brillante en cara, tronco y extremidades.

Hay afectación bilateral de los troncos nerviosos periféricos.

Además, rinitis con dificultad respiratoria por perforación del tabique nasal, las manos están edematosas.

Piel seca brillante y alopecia del vello corporal con ausencia del tercio lateral externo de las cejas.(12).



Guía para la clasificación clínica de la OMS (según el número de lesiones)

	Lepra Multibacilar (MB)	Lepra Paucibacilar (PB)
Lesiones cutáneas (incluyen: lesiones planas (máculas), lesiones elevadas (pápulas) y nódulos.	2-5 lesiones - hipopigmentadas o eritematosas - distribución asimétrica - pérdida definida de la sensibilidad.	más de 5 lesiones • distribución más simétrica • pérdida de sensibilidad.

NEURITIS HANSENIANA:

Los episodios inmunológicos de inflamación aguda y subaguda denominados reacciones, pueden darse en cualquier tipo de lepra excepto la indeterminada, se caracterizan por síndrome febril, cefalea, malestar general, artralgias y neuritis de los nervios cubital y ciático popíteo externo el radial mediano, ciático popíteo interno rama superior del radial dorsal cubital, musculo ciático safeno interno y supraorbitario, los cuales se encuentran engrosados y con dolor (2).

REACCIÓN LEPROSA:

Conjunto de manifestaciones clínicas que pueden interrumpir la evolución del padecimiento y se puede presentar como brote agudo se clasifica en la siguiente forma:

- 1.) Eritema Nodoso. Es la forma más frecuente, con nudosidades de 1 a 2 cm. con lesiones hipodérmicas diseminadas en la cara y los miembros son redondeadas, rojo violáceas, mal limitadas, dolorosas. Con aumento de la temperatura corporal, evolucionan por brotes de dos a tres semanas de duración o en forma subintrante grave y prolongada, al desaparecer dejan formas eritematosas, violáceas y escamosas.
- 2.) Eritema polimorfo, las lesiones se localizan en la cara, bordes externos de los miembros pero respetan el tronco son manchas rojas violáceas o purpuras algunas grandes, bilaterales y simétricas, ocasionalmente presentan ampollas que al abrirse forman ulceraciones, son inflamatorias, con dolor, ardor y aumento de la temperatura local se presentan como brotes y duran de 2 a 3 semanas.
- 3) Eritema necrosante o fenómeno de lucio, en casos de lepra difusa, el eritema inicia con manchas rojas dolorosas que se infiltran en 24 o 48 hrs. Presentan necrosis central y se desprenden en forma de escaras, dejando una ulceración y cicatriz superficial (2).

DIAGNÓSTICO:

En nuestro País, el programa nacional de control de las enfermedades crónicas de la piel establece cuatro criterios diagnósticos (2).

- 1) Clínico, Valoración Médica.
- 2) Bacteriológico, baciloscopía.
- 3) Histopatológico, biópsia.
- 4) Inmunológico, leprominorreacción.

Evaluación del Grado de Incapacidad por Lepra

*Comité
de Expertos
de la OMS en Lepra
(1988)*

EVALUACION DEL GRADO DE INCAPACIDAD:

Solo será aplicable a las lesiones de las manos, los pies y los ojos, independientemente de que estas le provoquen incapacidad laboral o no.

La clasificación se realiza en tres grados (0,1 y 2).

Grado 0: No hay anestesia, ni deformidad ni lesión visible.

Grado 1: Hay anestesia pero no hay deformidad ni lesión visible.

Grado 2: Hay deformidad o lesión visible (12).

TRATAMIENTO

ESQUEMA DE TRATAMIENTO RECOMENDADO POR LA O.M.S.

TIPO DE LEPRA	DROGAS	DOSIS	FRECUENCIA	PERIODO
---------------	--------	-------	------------	---------

DOSIS SUPERVISADAS

LEPROMATOSA	RIFAMPICINA	600MG	MENSUAL	2 ANOS*
BORDERLINE	CICLOFOSFAMIDA	300MG	MENSUAL	2 ANOS*
INDETERMINADA	SULFONA	100MG	MENSUAL	2 ANOS*

DOSIS AUTOADMINISTRADAS

NEGATIVOS A	CLOFAZIMINA	600MG	DIARIA	2 ANOS*
LEPROMINORRE	SULFONA	100MG	DIARIA	2 ANOS*
ACCION				

DOSIS SUPERVISADAS

TUBERCULOIDE	RIFAMPICINA	600MG	MENSUAL	6 MESES**
INDETERMINADA	SULFONA	100MG	MENSUAL	6 MESES**

DOSIS AUTOADMINISTRADAS

POSITIVOS A	SULFONA	100MG	DIARIO	6 MESES**
LEPROMINORRE				
ACCION				

Leprominorreacción

* Negativización de la baciloscopía.

** Blanqueamiento de las lesiones.

Nota: En las pacientes a las que se administre rifampicina deberá tomarse en cuenta el antagonismo que tiene ésta con los anovulatorios hormonales, por tanto es importante que el médico valore el uso de otros métodos contraceptivos.

El tratamiento de la reacción leprosa deberá de estar conforme al presentado en el cuadro 2, si hay infecciones agregadas se tiene que administrar antibióticos, si se presenta neuritis dar analgésicos, si la respuesta o es satisfactoria y la severidad del cuadro lo amerita, se deberá administrar talidomida de acuerdo con el esquema presentado en el cuadro 2:

Eritema polimorfo nudoso 200mg diarios 10 días

Eritema necrosante 200-600mg diarios 10 días

para ambos eritemas la reducción de dosis se hace según el siguiente esquema
100mg diario 10 días

50 mg diario 10 días

25mg diario 10 días

Nota: En el niño se administra la mitad de la dosis, en mujeres en edad fértil se administra siempre y cuando el mismo medico inyecte un anticonceptivo. Durante el embarazo está prohibido el uso de talidomida.

Rehabilitación:

Un buen número de pacientes con lepra pese a sufrir incapacidades, pueden ser atendidos en la comunidad; la rehabilitación de pacientes está encaminada a prevenir el empeoramiento físico, social, y económico del paciente y a restaurar su independencia económica y su condición social, cuando sea necesario.

La O.M.S. recomienda tres estrategias básicas para lograr los objetivos de la rehabilitación:

- 1) Accesibilidad a los servicios para manejo ambulatorio y hospitalización de ser necesario.
- 2) Atención domiciliaria.
- 3) Rehabilitación basada en la comunidad.

Las medidas principales para reducir al mínimo la incapacidad son: (educación. cuidado de la piel, ojos, manos y pies) tratamiento sencillo de las deformidades, con medidas sencillas, aplicables en todo lugar (2).

PRONÓSTICO:

Es mejor en la forma tuberculoide que no acorta la longevidad, la forma lepromatosa puede conducir a la muerte por enfermedades recurrentes como tuberculosis o

neumonía y por agotamiento físico debido a la cronicidad del padecimiento. Si bien éstos pronósticos en ocasiones pueden ser buenos para la vida, no lo son para la función (2).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia de lepra en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Manzanillo, Colima, México?

OBJETIVO GENERAL:

Investigar la prevalencia de lepra en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Manzanillo, Colima, México en los últimos 10 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

De la base de datos del departamento de Epidemiología, del IMSS, investigar pacientes con diagnóstico de lepra tomando en cuenta:

- A).-- EDAD.
- B)._ SEXO.
- C)._ OCUPACIÓN.
- D)._ CLASIFICACIÓN.
- E)._ TOPOGRAFÍA Y MORFOLOGÍA DE LAS LESIONES.
- F)._ GRADO DE INCAPACIDAD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO: Estudio descriptivo, transversal retrospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Los casos de Lepra reportados en Manzanillo.

MUESTRA Y TAMAÑO DE M.- El total de casos de lepra reportados en Manzanillo en el Departamento de Epidemiología en el IMSS, en los últimos 10 años.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- **CRITERIOS DE INCLUSION:** Pacientes de cualquier edad y sexo, diagnosticados con Lepra a partir de 1998 y hasta 2008, que se encuentren registrados en la Base de datos del departamento de Epidemiología del IMSS.
- **CRITERIOS DE EXCLUSION:-** Pacientes de cualquier edad y sexo con el diagnóstico de Lepra que estén reportados antes de 1998.
- **CRITERIOS DE ELIMINACION:-** Pacientes con el diagnóstico de lepra, con datos incompletos o ilegibles.

VARIABLES DE ESTUDIO

1. Casos de lepra
2. Edad
3. Sexo
4. Ocupación
5. Clasificación
6. Grado de Incapacidad
7. Topografía y morfología de las lesiones
8. Baciloscopía e Histopatología

VARIABLE DEPENDIENTE.

CASOS DE LEPROSA.

- Definición Conceptual.- Persona que presenta enfermedad infectocontagosa crónica causada por el mycobacterium leprae.
- Definición operacional:- Persona o Caso de Lepra
- Naturaleza de la Variable.- Cualitativa,
- Su interrelación:- Dependiente.
- Escala de Medición:- Nominal
- Indicador:- Si o No

VARIABLES INDEPENDIENTES:

EDAD.

- Definición Conceptual: Tiempo vivido en años
- Definición Operacional: Años cumplidos.
- Naturaleza: Cuantitativa:
- Interrelacion:- Independiente
- Escala de Medición: Razón
- Indicador: Años

METODOLOGÍA :

1. Buscar en la base de datos que existe en el departamento de Epidemiología del IMSS, los referentes a pacientes con diagnóstico de Lepra.
2. Seleccionarlos por año de reporte, a partir de 1998.
3. Revisar los estudios epidemiológicos para obtener el análisis de resultados e ilustrar con graficas.

PRECEPTOS ÉTICOS:

Por tratarse de un estudio descriptivo, y no se lleva a cabo ningún procedimiento con individuos no se llena carta de consentimiento informado. Se realiza bajo las normas que para este tipo de estudio existen en el Comité de Ética del IMSS.

RECURSOS:

Humanos: Investigador Principal.

Materiales: Artículos de Oficina, equipo de computo, impresora.

MÉTODO ESTADÍSTICO:

Por ser un estudio descriptivo se analizará con Frecuencias simples, Media, Moda Mediana, Cuadros y Gráficas.

RESULTADOS:

De la base de datos del Departamento de Epidemiología del IMSS. Se recabaron 29 pacientes con el diagnóstico de Lepra. De los cuales 19 (65.5 %) corresponde al Sexo Masculino y 10 (34.5%) al Sexo Femenino.

Edad. de 10 a 14 años 1 (3.4%), de 20ª 29 años 8 (27.6%), de 40ª49 años 4 (13.8%), de 50ª59 años 3 (10.3%), de 60 y mas años 13 (44.8%).

Clasificación. lepra lepromatosa 18 (62.1%) lepra tuberculoide 6 (20.7%) lepra indeterminada 3 (10.3%) lepra mixta 1 (3.4%) lepra dimorfa 1 (3.4 %).

Diagnóstico. Baciloscopia 7 (24.14%) histopatología 29 (100.00).

Ocupación. Se encontró que corresponde al Hogar 10 (34.5%) Vigilante 2 (6.9%) Estudiante 1 (3.4%) Empleado 6 (20.7%) Trabajador agrícola 2 (6.9%) trabajador independiente 3 (10.3 %) Chofer urbano 1 (3.4%) Albañil 1 (3.4%) Técnico 1 (3.4%) Jubilado 1 (3.4%) mecánico 1 (3.4%).

Grado Incapacidad. Grado 0 23 (79.3%) grado 1 4 (13.8%) grado 2 2 (6.9%).

Año de Diagnostico. 1996 1 (3.4%) 1997 1 (3.4%) 1998 3 (10.3%) 1999 3 (10.3%) 2000 1 (3.4%) 2001 5 (17.2%) 2002 1 (3.4%) 2003 2 (6.9%) 2004 1 (3.4%) 2005 6 (13.8 %) 2006 4 (13.8%) 2007 1 (3.4%).

Distribución de casos en áreas geográficas. Bellavista 2 (6.9%) Centro 8 (27.6%) Cihuatlán 3 (10.3%) Colomos 4 (13.8 %) Jalipa 2 (6.9 %) Las Brisas 1 (3.4%) Melaque 2 (6.9 %) Minatitlán 1 (3.4 %) Salahua 1 (3.4 %) Santiago 2 (6.8 %).

PREVALENCIA:

El uso generalizado de la terapia multimedicamentosa ha reducido la morbilidad a lo largo de los últimos 20 años, la prevalencia de la enfermedad ha disminuido un 90%.

La lepra ha sido eliminada de en 113 de los 122 países en que la enfermedad era un problema de salud pública en 1985 desde el 2000 otros 13 países han alcanzado la meta de la eliminación.

Desde el año 2001 se viene registrando una disminución anual del 20% de los de los casos nuevos.

La O.M.S. calcula que en el mundo hay de 10 a 12 millones de enfermos de lepra. La mayor concentración se encuentra en Asia (62%), África (34%), América (3%), Resto del mundo (1%) (4).

En el continente Americano, Brasil tiene una prevalencia mayor de 1.5, Venezuela entre 1-1.5, Perú, Bolivia, Argentina, Colombia y México menor de 0.5 (12).

En la ciudad de Manzanillo, Colima, pacientes que acuden al IMSS con una población adscrita de 74,219 resultó con una prevalencia de 0.03907.

CONCLUSIÓN:

EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE MANZANILLO, COLIMA.

La lepra es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia.

_En el sexo masculino.

_ Existe un mayor numero de casos en el adulto mayor, también el otro grupo de mayor presentación de lepra es de 0 a 29 años, en edad laboral y sosten familiar.

_ En personas dedicadas al hogar y empleado.

_Con predominio de la lepra lepromatosa.

_ El diagnostico de certeza es con histopatología.

_Las lesiones más frecuentes son las manchas hipocrómicas y anestésicas en extremidades superiores e inferiores.

_Predomina el grado (0) sin incapacidad.

_En el año 2005 es donde se presento el mayor numero e casos, el comportamiento en la década es en picos en el año 98,2000 y 2005.

_Cabe mencionar que de los 29 pacientes dos fueron recaídas.

_Del Estado de Colima son originarios la mayoría de los pacientes seguidos por dos Estados vecinos Jalisco y Michoacan.

_En la ciudad su ubicación mas frecuente es en el centro.

SUGERENCIA:

Las actividades de fomento de la salud son básicas porque ayudarán a prevenir y controlar los casos, promoción del conocimiento de la enfermedad. Un reto en el programa contra la lepra es cortar la cadena, lo que en gran parte depende del diagnostico oportuno y el tratamiento de los enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- (1).- Medicina Interna de Farreras Rozman. 13ª Edición.
- (2).- Manual para la vigilancia epidemiológica de la lepra S.S.A. Secretaría de salud. Agosto de 1993. www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Man15-lepra/Man15.htm
- (3).- Norma Oficial Mexicana NOM 027 S.S.A. Febrero de 1999 para la prevalencia, control y eliminación de la lepra.
- (4).- Organización Mundial de la Salud. O.M.S. No. 101 revisada. Octubre de 2005.
- (5).- “Enfermedad de Hansen” Enciclopedia Encarta Microsoft on line. 2007 <http://esencarta.msn.com> 1997-2007.
- (6).- Ch. Me Amezcua Lepra. Pasado, presente y perspectivas para un futuro. Indre México 1992 p 15-24, 33 -38, 85-97 (publicación técnica 15).
- (7).- Gaceta Facultad de medicina U.N.A.M. 10 de Febrero de 2007.
- (8).- Castells, y Col. Inmunología de la lepra 1997.
- (9).- Terrencio de las Aguas J. José. La lepra. Pasado, presente y futuro, Valencia, España Generalit Valenciana. Febrero de 1999.
- (10).- Secretaria de Salud, información epidemiológica de lepra 1991, México 1992.
- (11).- Benenson. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. O.P.S. 1992 p 328-332 (publicación científica 538).
- (12).- Vigilancia Epidemiológica en lepra I.M.S.S. Jefatura de Prestaciones Médicas. Coordinación Delegacional de Salud Pública, Colima.
- (13).- Seminario “la lepra hoy no mañana”. Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud. Indicadores de evaluación, mayo de 2007.
- (14).- Baciloscopía en lepra. Enrique Bonilla Galán. Indre, México 2007.
- (15).- Sociedad Mexicana de Inmunología. Seminario de lepra 2004.

ANEXOS

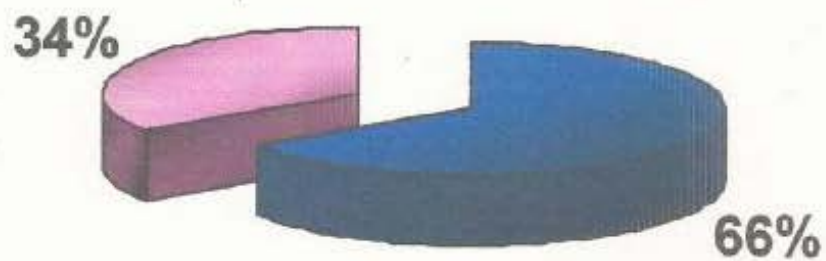
TABLA 1:

Variable:	Total:	Porcentaje:
GÉNERO		
Masculino	19	65.5%
femenino	10	34.5%
GRUPO DE EDAD		
10-14	1	3.4%
20-29	8	27.6%
40-49	4	13.8%
50-59	3	10.35%
60-99	13	44.8%
CLASIFICACIÓN		
Lepra lepromatosa	18	62.1%
Lepra tuberculoide	6	20.7%
Lepra indeterminada	3	10.3%
Lepra mixta	1	3.4%
Lepra dimorfa	1	3.4%
DIAGNÓSTICO		
Baciloscopía	7	24.1%
Histopatología	29	100.0%
OCUPACIÓN		
Hogar	10	34.5%
Vigilante	2	6.9%
Empleado	6	20.7%
Trabajo agrícola	2	6.9%
Trabajador independiente	3	10.35
Chofer urbano	1	3.4%
Albañil	1	3.4%
Estudiante	1	3.4%
Técnico	1	3.4%
Jubilado	1	3.4%

GRADO DE INCAPACIDAD		
GRADO 0	23	79.3%
GRADO 1	4	13.8%
GRADO 2	2	6.9%
AÑO DE DIAGNOSTICO		
1996	1	3.4%
1997	1	3.4%
1998	3	10.3%
1999	3	10.3%
2000	1	3.4%
2001	5	17.2%
2002	1	3.4%
2003	2	6.9%
2004	1	3.4%
2005	6	20.7%
2006	4	13.8%
2007	1	3.4%
DISTRIBUCIÓN		
Bellavista	2	6.9%
Centro	8	27.6%
Cihuatlán	3	10.3%
Colomos	4	13.8%
Jalipa	2	6.9%
Las Brisas	1	3.4%
Melaque	2	6.9%
Minatitlán	1	3.4%
Salahua	1	3.4%
Santiago	2	6.9%
Valle de las Garzas	3	10.3%

FRECUENCIA POR GÉNERO

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	10	34,5
Masculino	19	65,5
Total	29	100.0

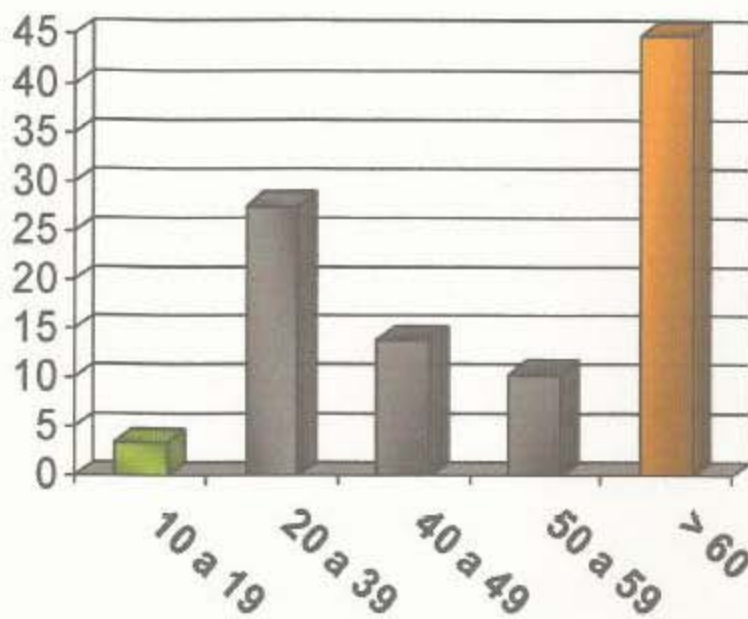


■ masculino ■ femenino

FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD

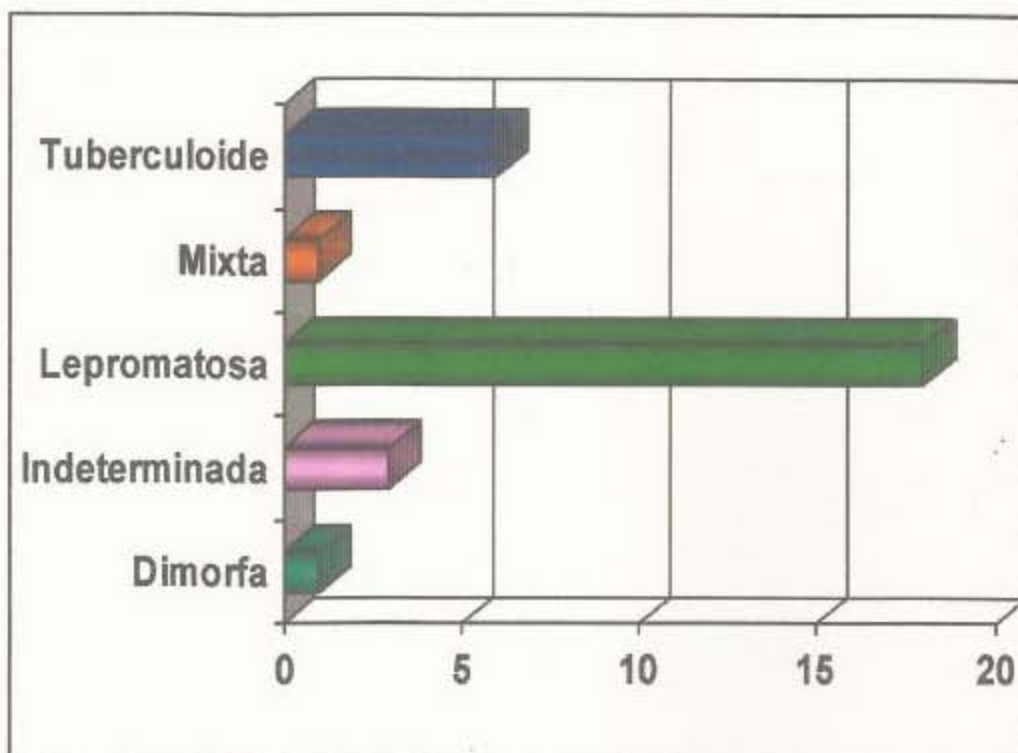
	Frecuencia	Porcentaje
10-14	1	3,4
20-29	8	27,6
40-49	4	13,8
50-59	3	10,3
60-99	13	44,8
Total	29	100,0

N	29
	0
Media	49,55
Mediana	54,00
Moda	25
Minimo	10
Máximo	84



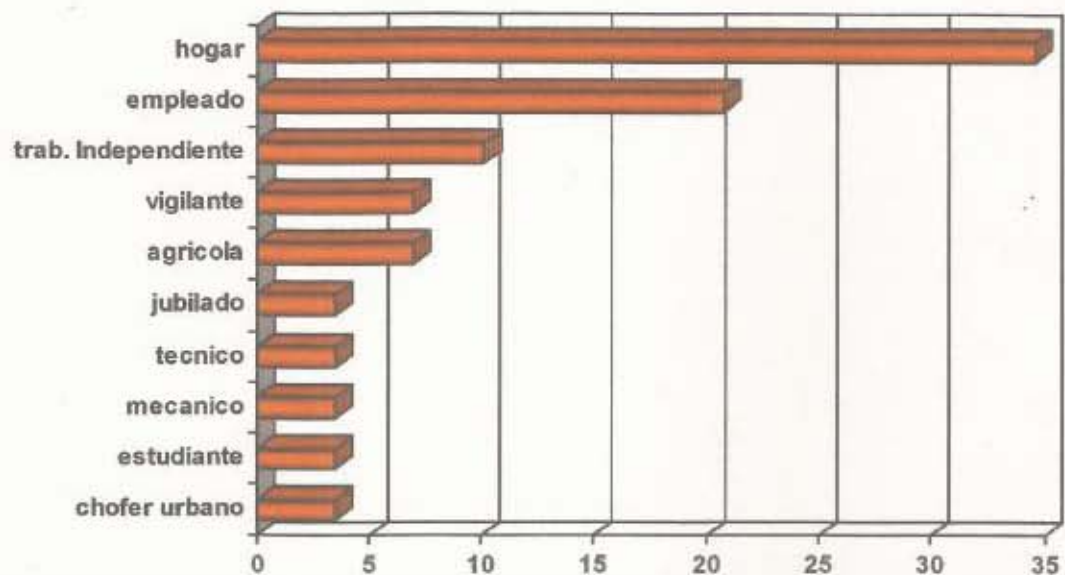
FRECUENCIA POR CLASIFICACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
DIMORFA	1	3,4
INDETERMINADO	3	10,3
LEPROMATOSA	18	62,1
MIXTA	1	3,4
TUBERCULOIDE	6	20,7
Total	29	100,0



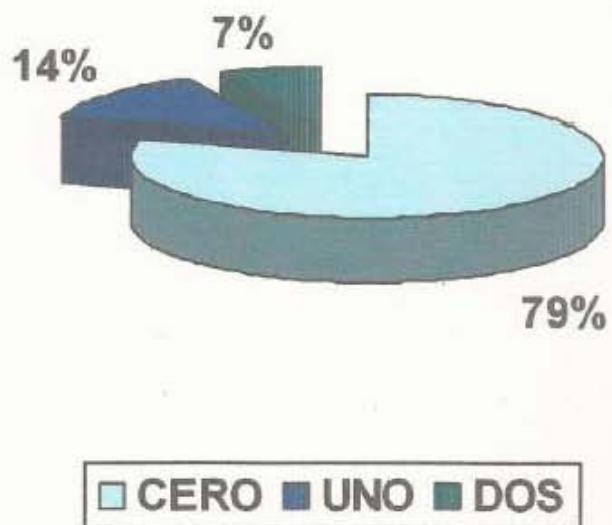
FRECUENCIA POR OCUPACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
albañil	1	3,4
chofer urba	1	3,4
empleado	6	20,7
estudiante	1	3,4
hogar	10	34,5
jubilado	1	3,4
mecanico	1	3,4
tecnico	1	3,4
trab. Indep	2	6,9
trab.indep	1	3,4
trabajo agri	2	6,9
vigilante	2	6,9
Total	29	100,0



FRECUENCIA POR GRADO DE INCAPACIDAD

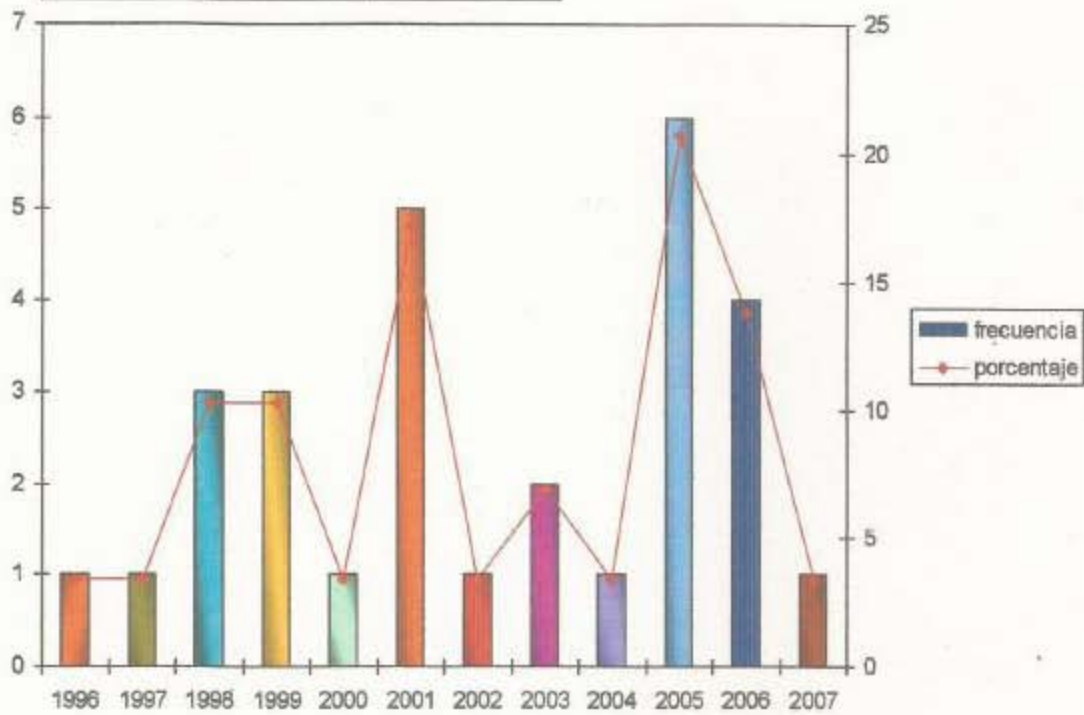
	Frecuencia	Porcentaje
CERO (0)	23	79,3
UNO (1)	4	13,8
DOS (2)	2	6,9
Total	29	100,0



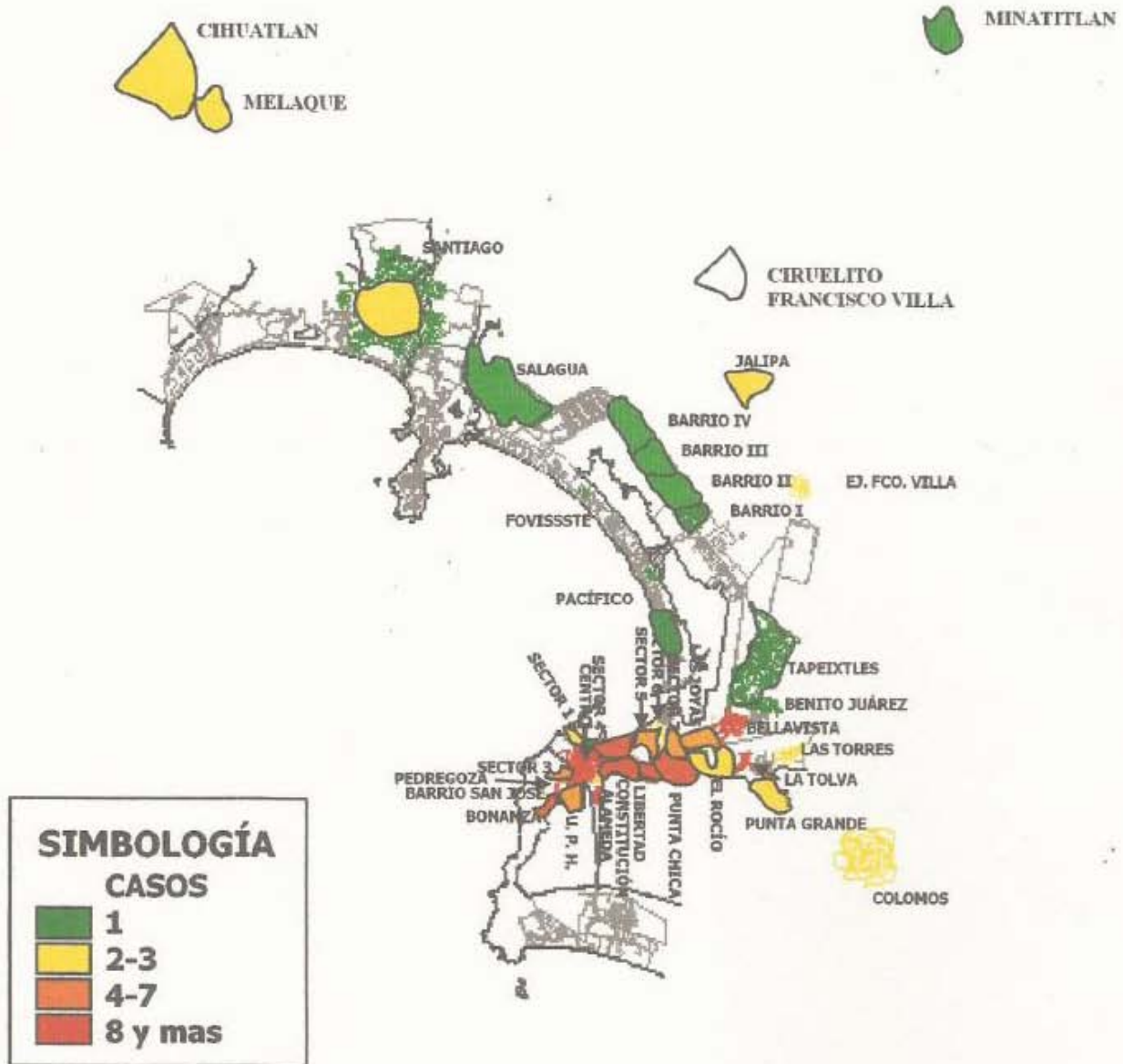
TENDENCIA ANUAL

	Frecuencia	Porcentaje
1996	1	3,4
1997	1	3,4
1998	3	10,3
1999	3	10,3
2000	1	3,4
2001	5	17,2
2002	1	3,4
2003	2	6,9
2004	1	3,4
2005	6	20,7
2006	4	13,8
2007	1	3,4
Total	29	100,0

N	29
Mediana	2002,00
Moda	2005



DISTRIBUCION DE CASOS EN ÁREAS GEOGRÁFICAS URBANAS Y SUBURBANAS





JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICA
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMOS DE LEPRO

UNIDAD MÉDICA _____ No. de CONSULT. _____ TURNO _____ No. de EPI _____

IDENTIFICACIÓN

Nombre :	_____		
	Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)
Fecha de Nacimiento :	_____		Edad : _____
	Día / mes / año		Género : Hombre () Mujer ()
No. de Afiliación :	_____		
Domicilio :	_____		
	Calle	No.	Código Postal
Localidad :	_____		Estado : _____
Localidad :	Municipio :		Estado :
Teléfono :	_____		
	Lada	Número	
Ocupación :	Ninguno () Hogar () Oficina () Trabajo Agrícola () Estudiante ()		
	Técnico () Trabajador Independiente ()		

DATOS CLÍNICOS

Fecha de Inicio del Padecimiento :	_____		Fecha de Notificación :	_____	
	Día / mes / año			Día / mes / año	
Topografía y Morfología de las lesiones actuales					
1 = Si 2 = No					
Nódulos	()	Lugar : Cabeza ()	Tronco ()	Ext. Sup. ()	Ext. Inferiores ()
Manchas	_____				
Hipopigmentadas	()	Lugar : Cabeza ()	Tronco ()	Ext. Sup. ()	Ext. Inferiores ()
Placas eritemato-hipocromicas	()	Lugar : Cabeza ()	Tronco ()	Ext. Sup. ()	Ext. Inferiores ()
Alopecia	()	Lugar : Cabeza ()	Tronco ()	Ext. Sup. ()	Ext. Inferiores ()
Áreas Anestésicas	()	Lugar : Cabeza ()	Tronco ()	Ext. Sup. ()	Ext. Inferiores ()
Áreas Anhidróticas	()	Lugar : Cabeza ()	Tronco ()	Ext. Sup. ()	Ext. Inferiores ()
Lesiones a Ojo	()				
Otras lesiones (describir) :	_____				

GRADO DE INCAPACIDAD

	IZQUIERDO			DERECHO		
	G0	G1	G2	G0	G1	G2
Ojo	()	()	()	()	()	()
Mano	()	()	()	()	()	()
Pie	()	()	()	()	()	()

REACCIÓN

	Eritema Nodoso	Fenómeno de Lucio	Reacción Anterior
Anterior	()	()	Fecha _____
Actual	()	()	día / mes / año

DIAGNÓSTICO

Baciloscopia : _____
 Día / mes / año _____
 Histopatología : _____ T () L () I () D ()
 Día / mes / año _____

CLASIFICACIÓN

Lepra Lepromatosa () Caso Diferido () Multibacilar
 Lepra Tuberculoide () Caso Indeterminado () Paucibacilar

Otros casos de Lepra relacionados con el presente.

Ninguno ()

Nombre	Edad y Género		Parentesco	Tipo de Lepra		Convivencia		Situación Actual
	H	M		MP	PB	Inicio	Término	

d/m/a d/n/a

Cuadro de Contactos y/o Convivientes

Nombre	Edad y Género		Parentesco	Convivencia		Situación Actual
	H	M		Inicio	Término	

Inicio Tratamiento Si () No ()

Fecha de Inicio de Tratamiento : _____
 Día / mes / año _____

Fecha de Término de Tratamiento : _____
 Día / mes / año _____

Duración del Tratamiento : _____

Control del Tratamiento con Poliquimioterapia (PQT)

Calendario de Dosis

Año	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

Control Baciloscópico Anual

Fecha	Resultado	Possible Respuesta	1 Positivo	2 Negativo	3 No Realizado	4 Ignorado

Estudio Anual de Contactos

Contacto	AÑOS				
	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año
Declarados					
Examinados					
Casos					

Condiciones al Término de la PQT
 Grados de Discapacidad

	IZQUIERDO			DERECHO		
	G0	G1	G2	G0	G1	G2
Ojo	()	()	()	()	()	()
Mano	()	()	()	()	()	()
Pie	()	()	()	()	()	()