

ARTÍCULO ORIGINAL**Seguimiento a pacientes con lepra****Monitoring patients with leprosy**

Dra. Damelis Marcillí Lamoth¹, Dra. Sandra Powell Smith², Dra. Mileibis Peral Ochoa³, Dra. Yugmila Perera García, Dra. Irela López Wilson⁵

- ¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guantánamo. Cuba.
 - ² Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guantánamo. Cuba.
 - ³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guantánamo. Cuba.
 - ⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guantánamo. Cuba.
 - ⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guantánamo. Cuba.
-

RESUMEN

Se realiza un estudio de evaluación táctica con el objetivo de monitorear la calidad en la atención a contactos de pacientes con lepra en el Policlínico "4 de Abril", municipio Guantánamo durante el período 2006-2010. El universo está constituido por todos los contactos intradomiciliarios de pacientes enfermos de lepra en el período de estudio, distribuidos en 9 consultorios. Para evaluar los elementos de la estructura, proceso y resultado de atención médica se procede a determinar criterios, indicadores y estándares utilizados en la evaluación que se realiza. El 90 % de los criterios a evaluar en la estructura fueron adecuados, no así en la evaluación del proceso y los resultados donde predominaron los criterios evaluados como no adecuados coincidiendo

con la evaluación final del programa. Se recomienda realizar supervisiones a los consultorios para revisar calidad de la dispensarización así como programar nuevas capacitaciones para el personal de salud.

Palabras clave: lepra, evaluación, contactos intradomiciliarios

ABSTRACT

A study of tactical evaluation is done with the aim of monitoring the contact to patients with leprosy in the policlinic 4 de Abril, Guantanamo during the period 2006 - 2010. The universe is constituted by all the contacts of patients sick with leprosy in the studied period, distributed in 9 clinical offices. To evaluate the elements of the structure, process and result of medical attention one, proceeds to determine criteria, indicators and standards used in the evaluation that is done. 90 % of the criteria to be evaluated in the structure were adequate, not this way in the evaluation of the process and the results were predominated over the evaluated criteria like not adapted coinciding with the final evaluation of the program. It is recommended to do supervisions in the clinical offices to check quality of life as well as to plan new activities for qualifying the health personal.

Key words: leprosy, evaluation, house contacts

INTRODUCCIÓN

La lepra existe desde tiempos inmemoriales, acompañando al hombre casi desde sus orígenes. Aunque la fecha en que se reconoció por vez primera es aún incierta, no hay dudas de que las denominaciones primarias tenían un significado mucho más amplio que el actual, refiriéndose a más enfermedades de las que hoy se emplean.^{1,2}

La Lepra (Enfermedad de Hansen) es una enfermedad infecciosa crónica transmisible, propia del hombre, producida por el *Mycobacterium Leprae*, que afecta fundamentalmente la piel y el sistema nervioso periférico, donde en las formas graves existe compromiso de algunas vísceras y cuya exteriorización clínica polimorfa depende del comportamiento inmunológico del organismo. Esta enfermedad sigue

siendo uno de los problemas de salud más graves en muchos lugares del mundo.³

Según cálculos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2.4 millones de casos para una tasa de 5.0 x 10000 hab. en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más decisivas que el mismo clima.²

El Programa Nacional para el Control de la Lepra comenzó en Cuba en el año 1962, y se ha modificado, a través de los tiempos, de acuerdo con los avances en el conocimiento científico de la enfermedad⁴, con el fin de mejorar la atención de estos pacientes.

Históricamente Guantánamo ha tenido una alta incidencia de dicha enfermedad y a pesar de que en el año 2011 concluyó con una tasa de prevalencia de 0.6 x 10000 habitantes, se mantiene como un problema en cinco áreas de salud, (dentro de ellas se encuentra el Policlínico 4 de Abril) al tener una tasa de prevalencia de 2.4 x 10 mil habitantes al cierre del pasado año.

La evaluación de la calidad en la asistencia sanitaria, se entiende como un proceso continuo de identificación de problemas, establecimiento de prioridades, objetivos clínicos y sociales, formulación de estándares adecuados y métodos de control, con el fin de alcanzar unos resultados óptimos en los servicios sanitarios que permitan dar el más alto nivel científico-técnico en la atención de los pacientes y obtener la mayor utilidad y rentabilidad económico y social dentro del sistema de salud^{5,6}, es por eso que se propone evaluar la calidad del seguimiento a contactos de casos diagnosticados con lepra en el Policlínico Universitario "4 de Abril" en el periodo 2006-2010 en aras de mejorar la atención médica desde las áreas de salud.

MÉTODO

Se realiza un estudio de evaluación táctica para evaluar el seguimiento a contactos intradomiciliarios de casos diagnosticados con lepra en el Policlínico Universitario "4 de abril", municipio Guantánamo en el período 2006 - 2010.

El universo de estudio está constituido por todos los contactos intradomiciliarios de pacientes enfermos de lepra, distribuidos en 9 consultorios.

Para evaluar los elementos de la estructura, proceso y resultados de atención médica se procedió a determinar los criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación.

Se realiza una revisión de los libros de dispensarización e historias clínicas individuales de los pacientes. Además, fue aplicada, con el criterio de especialistas en el tema, una encuesta de satisfacción a los contactos y los equipos básicos de salud previo consentimiento informado. Para la evaluación final se realiza una sumatoria de todos los criterios adecuados(A) y no adecuados (NA), a los que se les calcula el por ciento con respecto al total. Si los criterios adecuados son iguales o superiores al 50 % se considera adecuada la evaluación, de lo contrario no adecuada.

Los datos obtenidos por las encuestas se codificaron y procesaron bajo el programa estadístico Epiinfo 6.3, para obtener la frecuencia de las distintas variables y darle salida en forma de tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 130 pacientes identificados como contactos participaron en el estudio 89 (68.4 %), pues el resto se negó o no se encontró radicando en su vivienda en el momento de la investigación.

Al evaluar el indicador de estructura, a través de 5 criterios los resultados alcanzados fueron adecuados un 80 % y el 20 % no adecuados como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de evaluación de estructura

Criterios de Estructura	Total establecido	Resultado		Estándar establecido (%)	Evaluación
		No.	%		
Cobertura de Médicos en los CMF.	9	9	100	100	A
Cobertura de especialista en MGI en el GBT	1	1	100	100	A

Cobertura de dermatólogo	1	1	100	100	A
Características de los CMF donde se realizan las consultas.	9	3	33.3	90	NA
Características del departamento donde se realizan las consultas de dermatología.	5	5	100	100	A

A: Adecuado

NA: No adecuado

El Policlínico Universitario "4 de Abril" está bajo proyecto de construcción y reparación de sus consultorios por lo que de los incluidos en el estudio, sólo 3 tienen las características necesarias para el desempeño de su rol, no siendo así en los restantes consultorios del médico de la familia (CMF); entre los problemas encontrados se puede mencionar falta de privacidad, en un mismo local estaban realizando 2 consultas influyendo en la calidad de la atención al paciente, tienen deficiente iluminación natural, artificial y todo esto trae consigo desmotivación del binomio de trabajo, deficientes consultas y procedimientos médicos y de enfermería. Los contactos de los casos en tratamiento y los contactos de los pacientes en vigilancia post tratamiento representan el grupo más expuesto al riesgo de adquirir la enfermedad.⁷

En cuanto a los indicadores de proceso, a través de 5 criterios los resultados alcanzados fueron del 80 % con categoría de no adecuados (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios de evaluación de proceso

Criterios	Total establecido	Resultado		Estándar establecido (%)	Evaluación
		No.	%		
Dispensarización de los contactos en los CMF.	89	39	43.8	100	NA
Contactos con seguimiento adecuado.	89	1	1.12	100	NA
Contactos con historia clínica.	89	57	64.04	100	NA

Constancia del chequeo dermatoneurológico	89	89	100	100	NA
Capacitaciones impartidas en el año para médicos y enfermeras.	2	2	100	100	A

A: Adecuado

NA: No adecuado

En estos pacientes la vigilancia epidemiológica debe ser estrecha, por lo que la revisión dermatológica periódica (una vez al año por 5 años), es necesaria para identificar de manera oportuna los casos nuevos, antes de que desarrollen discapacidad y se conviertan en una fuente más de transmisión.

Todos los contactos intradomiciliarios deben aparecer en el libro dispensarizados correctamente, sin embargo, en este trabajo menos del 50 % de los pacientes cumplen con esta condición, esto pudiera estar relacionado con el poco manejo de los libros, por parte del equipo básico de salud, lo cual no permite mantener la población actualizada ocasionando poco control del riesgo en el área.

Todos los pacientes deben de tener su historia clínica; es la forma de llevar un correcto seguimiento del riesgo. Los contactos deben ser vistos en consulta una vez al menos, con un interrogatorio buscando síntomas que aparecen precozmente en cualquier afección. Si el paciente no la tiene, como es el caso de esta investigación, no existe constancia por parte del binomio de salud. Un aspecto importante a considerar en la detección de casos, es que, la incidencia está influenciada por las acciones de búsqueda.⁸

En la distribución de casos según edad y sexo, existió un incremento en un 200 % en el año 2010 con relación al 2006. Al hacer la evaluación final del programa de lepra podemos apreciar que a pesar de que la estructura tiene un mayor por ciento de criterios adecuados, no coincide con lo encontrado tanto en el proceso, así como los resultados (Tabla 3).

Tabla 3. Criterios de evaluación de los resultados

Criterios	Total establecido	Resultado		Estándar establecido o (%)	Evaluación de la calidad
		No.	%		

Prevalencia de la enfermedad por lepra	<1 por 10 000 hab	9	2.1	10 000	NA
Satisfacción de la población	68	19	27.9	80	NA
Satisfacción de los EBS	9	9	100	80	A

En Cuba, como en muchos otros, se ha hecho gran énfasis en la búsqueda de los posibles casos de lepra por parte del Médico de Familia, porque este es el personal técnico mejor calificado con el que habría mayor probabilidad de diagnósticos; sin embargo, en condiciones de post eliminación, sumado a la necesidad de enfrentar la pesquisa de otras enfermedades crónicas o trasmisibles de mayor prevalencia y letalidad, se ha evidenciado una influencia negativamente en cuanto a la detección de esta enfermedad de bajas tasas de incidencia, y ha convertido en hecho el viejo adagio de la medicina que reza: "enfermedad que no se piensa no se diagnostica." En la base de esta falta de sospecha clínica de los médicos, está el desconocimiento de las cuestiones mínimas necesarias para efectuar su diagnóstico presuntivo.⁹

A pesar de que el área este de la ciudad de Guantánamo se ha convertido en una zona de gran incidencia de lepra, no se cumple con lo establecido por programa, por lo que va ser difícil cortar la transmisión.

Los casos de lepra en el área de estudio se incrementaron en un 200 % durante el año 2010 con respecto al 2006, lo que significa que con las acciones desarrolladas durante los controles de foco, no se logró cortar la transmisión de la enfermedad. La secular estigmatización de la enfermedad sigue siendo un obstáculo para que el propio paciente informe sobre la enfermedad y se beneficie de un tratamiento temprano. Hay que cambiar la imagen de la lepra a nivel mundial, nacional y local.¹⁰

La literatura refiere que cuando la endemia leprosa data de muchos años, como es el caso de la endemia del país y la ciudad, con el transcurso del tiempo, la mayoría de los enfermos se detecta con edades del grupo de adulto mayor.^{11,12}

En este estudio el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años, lo cual no coincide con el estudio obtenido por la Dra. Celsa Sampson de la OMS-OPS, en el Simposio Internacional del CILAD en República Dominicana realizado en el 2007.¹³

Según el sexo hubo una afectación mayoritariamente del femenino a razón de 2/1 sobre los hombres durante el año 2010, lo cual no coincide con el estudio realizado por el Licenciado Carlos Benítez Reyes en la Ciudad de la Habana ¹⁴ ni con los resultados encontrados por la Dra. Valón Ferrer en su tesis de especialista en dermatología en la provincia de Guantánamo en el 2009.¹⁵

Con respecto a la prevalencia de la lepra, la misma fue de un 2.1 x10 mil, indicador que se encuentra elevado según lo establecido por la OMS¹⁶, lo cual está relacionado con el poco control de los contactos intradomiciliarios, quienes al no tener un seguimiento adecuado incrementan el riesgo de enfermar. Con esto se plantea que se está en presencia de una población de alto riesgo de contraer la enfermedad de Hansen, razón por la cual este criterio se evaluó de no adecuado.

El programa fue evaluado como no adecuado al tener solamente el 46.1 % de los criterios adecuados (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación final del programa de lepra

Evaluación final	Adecuados		No adecuados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estructura	4	30.7	1	7.7	5	38.4
Proceso	1	7.7	4	30.7	5	38.4
Resultados	1	7.7	2	15.4	3	23.1
Total	6	46.1	7	53.8	13	100

Del total de pacientes encuestados solo el 35.2 % refirió ser visitado por equipo básico de salud, el 48.5 % respondió que se le ha realizado el EDN y con relación a la quimiopprofilaxis el 8.8 % la recibió con Rifampicina, por personal ajeno a la salud, lo cual viola uno de los requisitos indispensables establecidos en el programa durante las acciones de control de foco. El 27.9 % respondió estar satisfecho con la atención que se les brinda, lo cual se considera no adecuado.

CONCLUSIONES

La institución donde se realizó este estudio cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para ejecutar el programa de prevención y control de la lepra, sin embargo, existen dificultades en las acciones a realizar durante el proceso lo cual provoca resultados desfavorables que se muestran a través de la alta prevalencia de la enfermedad en el periodo evaluado.

RECOMENDACIONES

- 1.-Realizar por parte de los directivos supervisiones a los consultorios para revisar calidad de la dispensarización.
- 2.-Programar nuevas capacitaciones para el personal de salud a cerca del programa de la lepra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zubiría Consuegra R de, Rodríguez Rodríguez G, Historia de la Lepra Ayer, hoy y mañana. Revista Academia De Medicina. [Internet].2008 [citado 13 mar 2012]; [aprox. 6p.]Disponible: <http://www.encolombia.com/medicina/academedia/academ25161-lepra.htm>
2. Rivero Reyes E, Barrios Martínez Z, Berdasquera Corcho D, Tápanes Fernández T, Peñalver Sinchay A G. La lepra, un problema de salud global. Rev. Cubana Méd. Gen Integr. [Internet].2009 [citado 16 mar 2012]; 25 (1): [aprox.17p].disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252009000100010&lng=es&nrm=iso9
3. Blanco Córdova C.A, Cangas García T. Lepra. Impacto psicosocial. Enferm. Glob. [Internet].2012. [Citado 16 mar 2012]; 11(25): [aprox.8p].disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000100018&script=sci_arttext
4. Alonso Gómez ME, Santín Peña M, Abreu Daniel A, Lobio Cárdenas Z, Pesant Hernández O, Suárez Moreno O, et al. Lepra, normas técnicas para el control y tratamiento.3era ed. La habana: editorial Ciencias medicas; 2008.19-41.

5. OPS. Evaluación epidemiológica de tecnologías de salud. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. MADRID: Editorial. Instituto de Salud Carlos III; 2008
6. La evaluación de tecnologías en salud. Tomado del CD Biblioteca Virtual para formación posgraduada de directivos del sector salud. Carnota O. Versión 2004
7. Lora M, Isa R, Periche J, Canario S. Lucha antileprosa en la República Dominicana. Su impacto en la endemia. Rev. dominicana de dermatología.2010; 37(2):39-45
8. Córdova Villalobos J A. Manual metodológico encaminado a excelencia 2008 2012. [Internet].2010 [Citado 15 mar 2012]. [aprox.295p.]. Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/manuales/MANUALCE_actualizado_27042010.pdf
9. Frometa Parra Y. Intervención educativa sobre lepra en contactos intradomiciliarios. Facultad de Ciencias Medicas. Guantánamo.2009
10. Lepra. Nota descriptiva. [Internet].2010 [citado 18 mar 2012] ;(101): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/index.html>
11. Gil R, Hernández O. Distribución según formas clínicas, sexo y edad de la incidencia de Lepra en Cuba: 1972-1987. Rev. Cub. Med Trop. 2000; 28(2):23-28.
12. Oramas Fernández DK, Cruzata Rodríguez L, Sotto Vargas JD, Poulot Limonta S. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2009[citado 8 mar 2012]; 25(4): [aprox. 17p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400008&lng=es&nrm=iso
13. Sampson C. Enfermedades Tropicales: Lepra: Situación actual mundial. Rev. Dominicana de dermatología.2008; 34(4):13-14.
14. Benítez Reyes C, Valenzuela González LJ. Caracterización del comportamiento de casos de Lepra en la Ciudad de la Habana. Año 2004 - 2008. La Habana: editorial Ciencias Médicas; 2009.
15. Valon Ferrer MA. Correlación Clínica e Histológica de la incidencia de Lepra en la Provincia de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo.2009.
16. Gil S, Ramírez FR, Santón PM, Lombarda C. Situación actual de la Lepra en Cuba: ¿Será factible la interrupción de la transmisión? Hansen Int 2008; 21 (1): 34-45.

Recibido: 15 de febrero de 2013

Aprobado: 28 de febrero de 2013

Dra. Damelis Marcillí Lamoth. Centro Provincial de Higiene,
Epidemiología y Microbiología. Guantánamo. Cuba. **Email:**
damelism@infosl.sld.gtm.cu