



**Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Ciencias Exactas,
Químicas y Naturales. Secretaría de Investigación y Postgrado.
Maestría en Salud Pública y Enfermedades Transmisibles**

Maestranda
Gladys Fattore

Lepra en la Zona Norte de la Provincia de Misiones. Capacitación para agentes y promotores de salud

**Tesis de Maestría presentada para obtener el título de “Magíster
en Salud Pública y Enfermedades Transmisibles”**

“Este documento es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto,
queda sujeto al cumplimiento de la Ley N°26.899”.

Director
Ramón Castejón Bolea
Co-Directora
Sandra Roginski

Posadas, Misiones 2018



Esta obra está licenciado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS QUÍMICAS Y NATURALES

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES

**“Lepra en la Zona Norte de la Provincia de
Misiones. Capacitación para agentes y
promotores de salud”.**

TESIS DE MAESTRÍA

FATTORE GLADYS

Director: Ramón Castejón Bolea.

Co- Director: Sandra Roginski

Posadas, 2018

A mis hijas Sofía, Lucía y a Mario por tanto amor...

Agradecimientos

Agradezco al universo que me puso en este lugar, a quienes supieron creer en mí, en la posibilidad de seguir creciendo, en la búsqueda sin pausa de una mejor vida para quienes no pueden esperar. Y puedo nombrar a Dr. José Manuel Gómez quien me guio en el comienzo, al Dr. Fernando Bornay, que camino con nosotras y puso todo su conocimiento a disposición con la mayor entrega, a la dra. Lucrecia Acosta de quien aprendí andando. A Dr. Jose Ramón Gómez a quien agradezco la pasión con que hay que sentir el dolor del otro y no olvidar. A la Dra. Ketty Piragini con quien comencé este camino y no pudo llegar hasta el final.

Al Dr. Ramón Castejón quien supo esperar siempre y mi reconocimiento a su respeto por la historia. Al Dr. Jorge Deschutter quien me alentó hasta el final (y me reto también) pero impulsó mi crecimiento, siempre.

Hay muchas personas más a quienes les debo la posibilidad de haber podido seguir adelante en estos tiempos aciagos y llegar hasta aquí, a mi amiga Nora Nediani quien durante 2 años me albergó y alentó en su casa cada 15 días para terminar la cursada.

Y finalmente a Sandra Roginski mi amiga, mi hermana de la vida y compañera, quien puso a disposición su tiempo, su casa y los momentos de paz necesarios para seguir trabajando (no hay mucha gente así en estos tiempos) pero supo y sabe ponerse en el lugar del otro.

*El mundo nos rompe a todos, y luego
algunos se hacen más fuertes en las partes rotas.*

Ernest Hemingway,

ÍNDICE

• INDICE.....	pag.6
• RESUMEN.....	pag.11
• ABSTRACT.....	pag.12
1. INTRODUCCIÓN.....	pag.13
1.2. GENERALIDADES DE LA LEPRA.....	pag.13
1.3. ORIGENES.....	pag.13
1.4. LEPRA, AISLAMIENTO Y EXCLUSION SOCIAL.....	pag.14
1.5. CARACTERISTICAS.....	pag.18
1.6. EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPRA.....	pag.19
1.8.1. Situación de la lepra en el mundo.....	pag.19
1.8.2. Contexto Nacional de la lepra en los países fronterizos y de sus localidades de frontera: Paraguay y Brasil.....	pag.23
2. ALCANCES Y DEFINICIONES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	pag.27
2.1. Objetivos.....	pag.28
2.2. METODOLOGÍA.....	pag.28
2.3. PREGUNTAS DE LA ENCUESTAS.....	pag.29
2.4. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO.....	pag.31
2.5. DIMENSIÓN SOCIO-ECONOMICA.....	pag.31
2.6. MISIONES Y LOS PAISES VECINOS.....	pag.33
2.7. ORGANIZACIÓN Y RESPUESTA SANITARIA.....	pag.34
3. MATERIALES Y METODOS.....	pag.35
3.1. Población de estudio.....	pag.35
3.2. Unidad de análisis criterios de inclusión y exclusión.....	pag.35
3.3. Muestra, selección y tamaño de la muestra.....	pag.35
3.4. Análisis de los resultados.....	pag.36
4. RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA PREVIO A LA CAPACITACION.....	pag.36
4.1. Descripción de los agentes de salud que participaron de la capacitación.....	pag.36
4.2. Preguntas específicas sobre la	

enfermedad.....	pag.40
5. SEGUNDA ENCUESTA/ POST-CAPACITACION.....	pag.45
6. CUADRO DE PORCENTAJE DE MEJORA ANTES Y DESPUES DE LA CAPACITACION.....	pag.48
7. MOMENTO 3. ENCUESTA A AGENTES DE SALUD EN CONTACTO CON PACIENTES.....	pag.49
8. DISCUSION.....	pag.53
9. CONCLUSION.....	pag.55
10. PROPUESTAS DE TRABAJOS FUTUROS Y RECOMENDACIONES.....	pag.56
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	pag.60
12. ANEXOS.....	pag.64
12.1. Anexo 1.....	pag.64
12.2. Anexo 2.....	pag.66
12.3. Anexo 3.....	pag.68
12.4. Anexo 4.....	pag.69
13. NOMENCLATURAS.....	pag.70
14. LISTADO DE MAPAS.....	pag.73
15. LISTADO DE TABLAS.....	pag.73
16. LISTADO DE IMÁGENES.....	pag.74

1. NOMENCLATURAS

- **A.C.:** antes de Cristo
- **ASIS:** Análisis de la situación de salud
- **BT:** Bordeline tuberculoide
- **BB:** Bordeline bordeline
- **BL:** Bordeline lepromatosa
- **CAPS:** Centros de atención primaria de la salud.
- **CBA:** Canasta Básica Alimentaria
- **CBT:** Canasta Básica Total.
- **CN:** Casos Nuevos
- **DD:** Lepra dimorfa
- **DE:** Desviación estándar.
- **DG1:** Discapacidad grado uno
- **DG2:** Discapacidad grado dos
- **CGHDE:** Coordinación General de Lepra y Enfermedades en Eliminación
- **ETS:** Enfermedades de transmisión sexual
- **HAB:** Habitantes
- **IDP:** Índice de desarrollo potencial
- **IMES:** Instituto Misionero de Estudios Superiores
- **LL:** Lepra lepromatosa
- **MB:** Multibacilar
- **MDT:** Terapia con Multidrogas
- **MT:** Multiterapia
- **NBI:** Necesidades básicas insatisfechas
- **OMS:** Organización mundial de la salud
- **OPS:** Organización panamericana de la salud
- **PB:** Paucibacilar
- **PQT:** Poliquimioterapia.
- **SAD:** Sociedad Argentina de Dermatología
- **Samic :** Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad
- **SIH:** Sistema de ingresos hospitalarios

- **Sida:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- **Sivila:** Sistema de vigilancia de laboratorios
- **SVS/MS:** Secretaria de vigilancia de la salud, Ministerio de Salud.
- **SNVS:** Sistema Nacional de vigilancia sanitaria.
- **SPS:** Sistema provincial de Salud
- **TT:** Lepra tuberculoide

2. LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Casos de lepra en el mundo OMS (2016)

Mapa 2. Ciudades del norte de Misiones donde se realizó la capacitación.

Mapa 3. Densidad de población de la Provincia de Misiones por Km.2.

Mapa 4. Distribución de zonas sanitarias de la Provincia de Misiones, MSP.

3. LISTADO DE TRABLAS

Tabla 1. Prevalencia de la enfermedad en las diferentes regiones del mundo 2006-2015 OMS.

Tabla 2. Número de casos nuevos en Argentina año 2017.

Tabla 3. Ciudades representadas en la capacitación.

Tabla 4. Dependencias sanitarias representadas en la capacitación.

Tabla 5. Número de personas con las que trabajan los capacitados.

Tabla 6. Respuestas agrupadas a la pregunta uno de la encuesta.

Tabla 7. Respuestas agrupadas a respuesta del agente causal.

Tabla 8. Respuestas agrupadas para formas de contagio.

Tabla 9. Respuestas agrupadas para formas de tratamiento.

Tabla 10. Respuestas agrupadas a duración del tratamiento.

Tabla 11. Respuestas agrupadas sobre contacto con pacientes.

Tabla 12. Identificación de pacientes.

Tabla 13. Participación en el seguimiento de pacientes con lepra.

Tabla 14. Respuestas segundo momento. Sabe que es la lepra.

Tabla 15. Respuestas agrupadas descripción de la enfermedad.

Tabla 16. Respuestas agrupadas agente causal.

Tabla 17: respuestas agrupadas, formas de contagio.

Tabla 18. Respuestas agrupadas, formas de tratamiento.

Tabla 19. Respuestas agrupadas duración del tratamiento.

Tabla 20. Relación entre ambas encuestas y porcentaje de mejora.

Tabla 21. Condición de los pacientes según agentes sanitarios.

Tabla 22. Situación de los pacientes acceso a la medicación y/o atención

4. IMÁGENES

- ✓ Material de difusión, Ministerio de Salud de la Nación.
Pag.67
- ✓ Material de difusión, MSN y OPS. **Pág. 67**
- ✓ Material de difusión, Ministerio de Salud de la Nación. **Pág. 68**
- ✓ Material de difusión, MSN y OPS. **Pág. 68**

RESUMEN

La lepra es una enfermedad producida por *Mycobacterium leprae*, fue descubierta en 1874 por el médico noruego Gerhard Armauer Hansen, y por esto también se la denomina enfermedad de Hansen. Argentina está dentro de los países que han alcanzado la meta de eliminación mundial pero aún existen bolsones en algunas regiones del país donde el número de pacientes supera ampliamente estos valores.

Se realizó un estudio de encuestas a trabajadores de la salud, para conocer el

estado de sus conocimientos acerca de la enfermedad. Luego recibieron una capacitación y finalmente otra encuesta, además se estableció que una vez terminada la formación los agentes sanitarios pudieran reconocer o estimar la aparición de la enfermedad y derivar a los pacientes al centro de referencia.

Posteriormente se realizó una nueva encuesta con quienes habían tenido contacto con pacientes y sus familias y de esta manera se estableció la efectividad en la detección y el reconocimiento de la enfermedad tanto en el paciente afectado como en sus familiares y contactos directos.

Como indicadores adicionales, se registraron nuevos casos sospechosos que fueron derivados al sistema provincial de salud (SPS), brindando acompañamiento del tratamiento en los pacientes diagnosticados.

El estudio se realizó en el Hospital Samic de Eldorado, Hospital de área Comandante. Andresito y Hospital de área Puerto Esperanza.

Los resultados mostraron un nivel de conocimiento de agentes de salud previa a la capacitación inferior al 5 % y luego de haber recibido información y participado de los talleres mejoraron en un rango entre el 59 y el 93 %.

La capacitación del personal sanitario contribuye a la visibilidad de esta dolencia olvidada, mejora el diagnóstico temprano, el acceso al tratamiento y a disminuir el estigma asociado a la patología.

ABSTRACT

Leprosy is a disease caused by *Mycobacterium leprae*, it was discovered in 1874 by the Norwegian doctor Gerhard Armauer Hansen, and for this reason it is also called Hansen's disease. Argentina is among the countries that have reached the goal of global elimination but there are still pockets in some regions of the country where the number of patients far exceeds these values.

A survey of health worker surveys was conducted to know the status of their knowledge about the disease. Then they received training and finally another

survey, it was also established that once the training was finished, health workers could recognize or estimate the onset of the disease and refer patients to the reference center.

Subsequently, a new survey was carried out with those who had contact with patients and their families and in this way the effectiveness was established in the detection and recognition of the disease both in the affected patient and in their relatives and direct contacts.

As additional indicators, new suspicious cases were registered that were referred to the provincial health system (SPS), providing treatment support in the diagnosed patients.

The study was conducted at Samic Hospital in Eldorado, Cdte area Hospital. Andresito and Puerto Esperanza Area Hospital.

The results showed a level of knowledge of health agents prior to training less than 5% and after receiving information and participating in the workshops they improved in a range between 59 and 93%.

The training of health personnel contributes to the visibility of this neglected condition, improves early diagnosis, access to treatment and reduces the stigma associated with the pathology.

5. INTRODUCCION

5.1. GENERALIDADES DE LA LEPRO

Leprosia (del griego *lepis*, que significa escama, costra) ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, lo que ha generado un trato inhumano hacia las personas que la padecen, constituyendo aún un problema de salud importante para algunos países. Las principales zonas endémicas del planeta son el sur y sureste de Asia, África Central

Tropical, Mesoamérica y la parte septentrional de Suramérica, donde según la OPS, para estas dos últimas zonas, las tasas notificadas oscilan entre 0,1-14,0 x 10 000 hab.^{1,2,3.}

Son los países del tercer mundo, donde viven el 91 % de los casos estimados de lepra en el mundo. Se estima aproximadamente en un millón y medio el número de casos concentrados en los 5 países. (India, Nepal, Sudán, Madagascar y Brasil).^{4, 5, 6.}

La lepra es una infección provocada por una bacteria, la *Mycobacterium leprae*, fue descubierta en 1874 por el médico Noruego Gerhard Armauer Hansen, y por esto también se la denomina enfermedad de Hansen. Desde el año 3500 aC. Se conoció su aparición y desde ese entonces se conocen sus síntomas, signos y estigma pero muy poco de su cura y tratamiento^{5, 6.}

ORIGENES

Cuando hablamos de lepra podríamos decir que existe desde tiempos inmemoriales, acompañando al hombre casi desde sus orígenes^{6, 7.}

La lepra fue una de las primeras dolencias en describirse en el mundo antiguo; como se caracterizaba por las manchas, tubérculos y lepromas, por el aspecto de su piel y las facies leoninas tuvo distintos nombres, como elefantiasis, enfermedad leonina, pero como también producía atrofia y pérdida de las partes distales era muy temida ya que se la consideraba incurable^{4, 8, 9.}

Estas características graves fueron explicadas como un terrible castigo enviado por Dios. Las medidas que se adoptaban eran, por ejemplo, el pueblo judío los aislaba y retiraba de la sociedad esto lleva a suponer que la consideraban contagiosa por lo que esta podría ser considerada una de las primeras medidas de Salud pública que persistió hasta mediados del siglo XX^{4, 10, 11.}

Sin duda las denominaciones que se le ha dado tenían un significado más amplio que el término empleado actualmente, ya que para cada lugar aplicaba a causas diferentes pero que tenían que ver casi en su mayoría con el castigo divino. Aparentemente el primer lugar donde se reconoce es en la India y cuenta la historia de un Rey de Benares que no pudo asumir a causa de la enfermedad. Esto data del año 3500 (a.C.)^{5, 12,}

Pero no fue sino hasta el año 1874 que el Natural de Bergen (Noruega) Amauer Hansen descubrió el bacilo que provocaba la enfermedad y demostró finalmente que se trataba de una enfermedad infecciosa. Seguía pendiente saber por qué la mayoría no contraía la enfermedad. Fue hasta 1923 cuando el investigador Japonés Mitsuda dio respuesta a este problema que durante muchísimo tiempo no había podido ser resuelto, y lo hizo con pacientes que cursaban la forma más grave de la enfermedad y los que transitaban formas más benignas mientras tomaba como casos control a personas que habrían estado en los leprosarios y no se habían contagiado. En su estudio descubre que la base estaba en las defensas con las que contaba cada persona y que esto los protegía del contagio. Entrado el siglo XX los medicamentos con acción bactericida lograron controlar la enfermedad^{13, 14.}

LEPRA, AISLAMIENTO Y EXCLUSION SOCIAL.

Las sociedades de fin de siglo tanto europeas como latinoamericanas dieron su definición de ciudadanía exaltando un sistema de luces y sombras donde lo normal y lo patológico interactuaban permanentemente favoreciendo la prolongación de las formas de aislamiento, por un lado el aislamiento físico, que separa al enfermo del resto de la sociedad “sana” con la finalidad básica

de proteger al universo, o sea, a los sanos y por otro la de curar a lo “patológico” más cercano a la restricción de derechos por el distanciamiento del sistema^{6, 15}.

Ese tironeo entre derechos y formas de restricción signó la aparición de la eugenesia, ciencia con la que Galton y sus seguidores imaginaron un modo de determinar los dos tipos de aislamiento, el físico y el simbólico, y que apelando al futuro de la raza como una estrategia biopolítica basada exclusivamente en la definición de lo “normal y lo patológico”⁶.

En Argentina esta recepción de la eugenesia movilizó un pensamiento discursivo de tipo médico-legal que llevaba a combatir diversas enfermedades con el aislamiento y de este modo si bien se vestía de asistencialismo y caridad, constituían focos disgénicos que se veían como alteradores de las pretendidas cualidades raciales de la población.⁷ No obstante la ubicación de los problemas que acarreaba dentro del Estado moderno, la nueva significación en la que quedó inmersa fue el concepto defensa social.⁷

La lepra en Argentina tuvo escasa entidad antes de la segunda mitad del siglo XVIII², y el tema se pone verdaderamente en el tapete desde fines del siglo XIX³, cuando irrumpe la labor de médicos y legistas en torno al manejo biopolítico de la enfermedad y del enfermo.⁷ El primero de esos proyectos surgió de las conclusiones a las que arribó la Conferencia Nacional sobre la Lepra, celebrada a instancias del gobierno nacional en 1906. Finalmente, en 1926, tuvo encarnación normativa la primer Ley nacional de Profilaxis de la Lepra que, basada en un proyecto del doctor Maximiliano Aberastury, que reguló la actitud estatal para con el leproso⁵, sin mayores modificaciones, hasta su derogación definitiva en 1983, evento que constituyó uno de los últimos actos del gobierno dictatorial que asumiera en 1976⁵.

En la primera mitad del siglo XX se propició el aislamiento de los leprosos. Acción llevada a cabo con amplia participación de instituciones de salud, organismos políticos, inclusive el parlamento argentino a través de distintas

leyes desde 1908 hasta la más cercana de 1983 que deroga finalmente la Ley Nacional de Profilaxis de la Lepra de 1926⁶.

Es en estos años cuando comienzan a recomendar enfrentarla a través de la segregación de sus portadores con el objetivo primordial de impedir el contagio: el distanciamiento físico del enfermo de sus congéneres, en su domicilio o en asilos o en colonias, y lo más grave aún, la reducción de derechos civiles tales como prohibición de contraer nupcias y quedarse con sus hijos que nacidos sin la enfermedad pudieran contagiarse⁷.

La tensión que existía en la instrumentación de los lugares de aislamiento de los leprosos eran más asociados a la segregación social cuya legitimación científica las conducía el paradigma eugénico más que las indicaciones terapéuticas⁸.

No era alcanzada la enfermedad a los hermanos que se aíslan a tiempo⁸, ni a los hijos de leprosos separados de los padres al nacer, puesto que los huérfanos hijos de padres sanos, criados por leprosos, adquirirían lepra⁹; y se sostenía enfáticamente que muchos de los casos aparentemente hereditarios por tener padres leprosos no son más que casos de contagio⁹.

Aparecen los leprosarios en Argentina la isla del Cerrito en Chaco, también el de Posadas aislando a los pacientes. Transmisión por contagio y herencia constituyeron el paradigma eugenésico que se intentaba legitimar científicamente⁷.

Las elites intelectuales y políticas se preocupaban a principios del siglo por la herencia intentando organizar a las poblaciones controlando su reproducción tanto física como ideológica Enfermedades, rasgos fenotípicos, ideas políticas, o credos religiosos, constituyeron lo que se denominó la “otredad” de lo que debían quedar protegidos los ciudadanos “normales” remarcando los “desvíos” de los cuales protegerse⁶.

La burguesía argentina del momento tembló de miedo ante los pobres, por enfermos y violentos y no reconoció su pobreza y violencia en el discurso-

Dentro de esta consideración de la lepra como un problema que llegó a vincular la asistencia con la eugenesia⁷. El presente del tratamiento del enfermo a través del aislamiento físico, y el futuro de la mejora de la raza por medio de la restricción de derechos civiles a los enfermos. Integrando esos dos tiempos aparecen espacios para la reclusión como lo fue, hasta 1968, la Colonia de la Isla del Cerrito, en Chaco⁹.

La lepra se constituyó así en un **estigma** cuyas tradicionales connotaciones reaparecían dentro de la eugenesia latina como también afloraban en este constructo ideológico respuestas tradicionales fundadas en el trasfondo “ambiental”¹⁰. El aislamiento del leproso en Argentina se sostuvo hasta entrada la década de 1960⁹.

Esta enfermedad desigual de distribución mundial, representa un problema de salud de índole universal. Según cálculos de la OPS, la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2,4 millones de casos para una tasa de 5,0 x 10 000 hab en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más importantes que el mismo clima y sería un error circunscribirla solamente a ellas. No obstante, en la actualidad mantiene niveles mayores de morbilidad en países del tercer mundo, donde subsisten los mayores índices de pobreza, hambre, analfabetismo, hacinamiento e insalubridad, superiores a los de otras regiones del mundo.¹¹.

Se calcula que en todo el mundo anualmente se presentan 200.000 casos nuevos de lepra, y Estados Unidos tiene entre 50 y 200 casos nuevos por año. Con un promedio de 286 casos nuevos por año, la lepra aún subsiste en la Argentina y registró un total de 479 pacientes en tratamiento en 2016. Este número es aún mayor si se toma en cuenta que existe una tasa oculta del 30 por ciento, según estimaciones de la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD)^{12, 16, 17}.

La vía fundamental de contagio es el contacto estrecho y prolongado con un paciente multibacilar (MB) no tratado que al hablar, toser o estornudar, entre otros, elimina los bacilos contenidos en las secreciones nasales o aerosoles¹².

Los especialistas de la SAD sugieren que, "es estratégica la capacitación del personal de salud, para que tengan conocimiento de que la lepra sigue existiendo y así puedan reconocer los primeros síntomas de esta enfermedad y tratarla a tiempo"¹².

A pesar que Argentina ha sido declarada Libre de Lepra desde el año 1996 aproximadamente, debemos hacer la diferenciación entre 'erradicar' y 'eliminar' porque no es un tema semántico. Erradicar significa ni un solo enfermo mientras eliminar -como problema sanitario- implica menos de 1 enfermo x 10.000 habitantes. Esto último como objetivo sanitario en Argentina se ha alcanzado hace unos 14 años". Pero pese a esto sigue habiendo bolsos donde la lepra sigue teniendo una prevalencia muy importante como en Formosa, Misiones, Corrientes, Chaco, etc.^{13,14, 17}.

CARACTERISTICAS.

La aparición o no de la enfermedad y el tipo de clínica, depende, de diferentes factores: geográficos, socio-económicos, la edad, el género, vacunaciones previas, y sobre todo de la predisposición genética del paciente que condicionara su respuesta inmunitaria frente a la infección^{15, 17}.

La clasificación de las formas clínicas de la lepra ha ido variando con el paso de los años. Para explicar con más detalles los diferentes tipos de clínica a modo de consenso se utiliza la clasificación de Ridley-Jopling que está basada en las lesiones que aparecen en la piel y la carga bacteriana¹⁵. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó otra clasificación y agrupó a los pacientes en dos grupos con el objetivo de simplificar a nivel operacional el trabajo en terreno y el tratamiento de los mismos¹⁶.

Clasificación de la lepra según Madrid, la OMS y según Ridley y Joplin. TT lepra tuberculoide DD lepra dimorfa LL lepra lepromatosa BT borderline tuberculoide BB borderline borderline BL borderline lepromatosa OMS Org Mundial de la Salud^{16, 18}.

En los extremos, se encuentran las denominadas lepras polares: la lepra **tuberculoide** y la lepra **lepromatosa**, y en medio las lepras **borderline /dimorfas o inestables** que dependiendo de las características más parecidas a una u otra lepra polar se van a denominar: lepra dimorfa tuberculoide, lepra dimorfadimorfa y lepra dimorfa lepromatosa^{17, 18}.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico actual de la lepra sigue basándose todavía en los mismos principios del siglo pasado. Los criterios empleados son clínicos, histológicos y bacteriológicos^{18, 19}.

TRATAMIENTO

Desde el año 1981 la OMS recomienda para el tratamiento de la enfermedad, la multiterapia (MT)¹⁶. La duración de la terapia es de 6 meses en pacientes paucibacilares, pudiendo alargarse hasta un máximo de 9 meses, y 12 meses en multibacilares y hasta un máximo de 18 meses^{16, 18}.

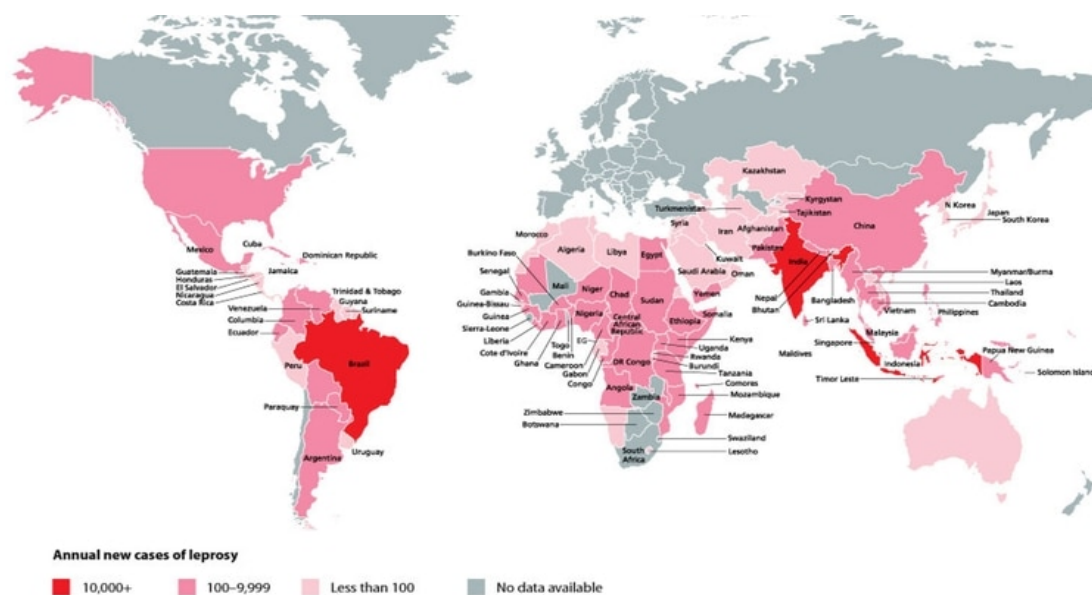
5.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEPPRA.

5.2.1. Situación de la lepra en el mundo.

La OMS recolecta la información de los programas nacionales de diferentes países del mundo (número de pacientes en tratamiento en un momento determinado generalmente el 31 de diciembre), casos nuevos y casos que finalizaron el tratamiento. En el año 2015 solicitó además se informe sobre leyes o políticas de no discriminación a los pacientes afectados y extranjeros afectados.^{17, 19}

Actualmente se utilizan varios indicadores para categorizar a los países: prevalencia, detección de casos nuevos, porcentaje de discapacidad grado 2 (DG2)/millón de habitantes y tasa en niños. La información provista por los países además incluye proporción de pacientes multibacilares (MB), casos femeninos y casos en niños con DG2.^{17, 19.}

En 2017 se registraron 211 009 nuevos casos de lepra a nivel mundial, según cifras oficiales provenientes de 159 países de cada una de las regiones de la OMS^{16, 19.}



Mapa 1: casos de lepra en el mundo (OMS) 2016

En el documento sobre la estrategia mundial para la lepra 2016–2020 “Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra”. Esto fue estructurado en torno a tres pilares fundamentales que abordan aspectos necesarios, los aspectos médicos y los aspectos sociales. Donde su objetivo principal e inmediato fue, reducir más aún la carga de lepra a nivel mundial y local¹⁶. Sus metas son:

- ✓ ninguna discapacidad en los casos nuevos en niños;
- ✓ reducción de la DG2 en los nuevos casos a menos de 1 por millón de habitantes;
- ✓ ningún país debe tener legislación que permita la discriminación por causa de la lepra^{17, 19}.

La aparición de nuevos casos de la enfermedad está disminuyendo gradualmente en muchos países del mundo, sin embargo, las tasas de detección de casos nuevos se mantiene al mismo nivel desde hace varios años. Los países más afectados son: India, países vecinos (Brasil) donde están censados aproximadamente el 75% de los pacientes, y países africanos como Angola, Mozambique, Tanzania, Etiopía^{16, 19}. (Tabla 1)

REGION	NUMERO DE NUEVOS CASOS DETECTADOS									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
África	34 480	34468	29814	28935	25345	20213	20 599	20 911	18 597	20.004
Américas	47 612	42135	41891	40474	37740	36 832	36 178	33 084	33 789	28 806
Mediterráneo oriental	3 261	4091	3938	4029	4080	4 357	4 235	1 680	2 342	2 167
Sudeste asiático	174118	171576	167505	166115	156254	160132	166445	155385	154834	156118
Pacífico	6 190	5863	5859	5243	5055	5 092	5 400	4 596	4 437	3 645
Europa										18
TOTAL	265661	258133	249007	244796	228474	226626	232857	215656	213899	210.758

Tabla 1: casos nuevos de lepra en diferentes regiones del mundo desde 2006 a 2015⁹⁹

Desde 2006 se presenta un descenso en el número de casos nuevos de lepra reportados en la Región, pasando de 47.612 en 2006 a 36.494 en 2011 (Brasil reportó el 93,04% de los casos nuevos); asimismo, la prevalencia notificada bajó de 0,72 por 10.000 habitantes en 2006, a 0,39 en 2011. De acuerdo con el criterio de los casos nuevos diagnosticados al año durante 2010 y 2011, se

identifican dos grupos de países: Países con **baja carga de enfermedad** representada por el nulo o bajo reporte de casos nuevos (menos de 100 por año): Barbados, Costa Rica, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago y Uruguay, y países con **alta carga de casos nuevos** representada por el hecho de que reportan 100 o más casos nuevos por año (n=10): Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.^{16, 19}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente un país es considerado endémico cuando presenta uno o más enfermos por 10.000 habitantes¹⁸.

De los 24 países que informaron casos nuevos en 2011, con la excepción de Brasil, todos los países habían alcanzado la meta de eliminación de la lepra a nivel nacional y 18 de ellos la habían alcanzado a primer nivel administrativo sub-nacional. En 18 países y territorios no se registraron casos de lepra en 2010 y 2011.¹⁸

En 2015, de los 136 países que presentaron las estadísticas: 28 pertenecían a la región de África, 23 a América, 20 a la Región del Mediterráneo Oriental; 28 a la Región de Europa; 11 países de Sur de Asia Sudoriental y 26 de la Región del Pacífico Occidental. No hubo reporte de 92 países o regiones.¹⁹

Los datos también muestran la importancia de las migraciones, 18 países reportaron 768 pacientes extranjeros entre 0,4 % en Yemen y 100 % en Siria y Hong Kong.¹⁹

De la aplicación de indicadores resultan 22 países con alta carga de lepra: Angola, Bangladés, Brasil, Canarias, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Egipto, Etiopía, Estados Federados de Micronesia, India e Indonesia entre otros.¹⁹

Se reportaron 18.796 casos nuevos en niños (8,9% del total) lo que indica la transmisión continua de lepra en la comunidad, 271 de ellos con DG2 que revela la necesidad de incluir campañas de detección en niños antes que

lleguen a desarrollar discapacidad.⁴⁶ Es importante además cumplir con la MDT a fin de evitar las recaídas y la resistencia bacteriana (la tasa más baja de cura es de 14,9 % para formas paucibacilares (PP) y 6% para las multibacilares (MB) y muchos países informan tasas de curación menores al 85%.¹⁹.

En términos de progreso hacia el logro de los objetivos de la Estrategia Mundial de la Lepra 2016-2020, 39 países no registran niños con DG2 y 50 países tienen una tasa de DG2 en los casos nuevos de menos de 1 por millón de habitantes.¹⁹.

5.2.2. Contexto Nacional de la lepra, países fronterizos y de sus localidades de frontera: Paraguay y Brasil

Paraguay.

El Programa de Lepra de Paraguay fue creado el 24 de setiembre de 1969, iniciando sus actividades primeramente en 6 Regiones Sanitarias: San Pedro, Itapúa, Misiones, Paraguari, Central y Ñeembucú. Posteriormente se expandió a todo el País²⁰.

En el año 2001, logró reducir la tasa de prevalencia a menos de 1 caso por 10.000 habitantes a nivel País.^{20, 21}.

A la fecha persisten aún Regiones Sanitarias y Distritos con tasas de detección y prevalencias altos. Si bien el porcentaje de control de contactos ha ido mejorando en los últimos 5 años, pero aún no se consigue llegar al 85% de los contactos²⁰.

En el año 2015 Paraguay registró 423 casos nuevos con un coeficiente de detección de 6,26 por 100.000 habitantes y al 31 de diciembre, 459 casos en registro activo, con un coeficiente de prevalencia de 0,67 por 10.000 habitantes a nivel País. Fueron diagnosticaron con la afección 14 menores de 15 años, (3,3% del total de pacientes). El número de casos multibacilares fue de 374 (88,4%)^{20, 21}.

Brasil.

En 2011, la Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS/MS) dio origen a la Coordinación General de Lepra y Enfermedades en Eliminación (CGHDE) con el propósito de fortalecer la respuesta para un grupo específico de enfermedades a fin de eliminarlas de la lista de los problemas de salud pública o para que se redujera drásticamente su carga, retomándose la meta de eliminación de la lepra y alcanzar un coeficiente de prevalencia de menos de un caso para cada grupo de 10 mil habitantes.^{22, 23.}

En 2014, Brasil registró 31.064 casos nuevos de lepra y un coeficiente de prevalencia de 1,27/10 mil habitantes. De estos, 2.341 (7,5%) fueron diagnosticados en menores de 15 años, señalando focos de infección activos y transmisión reciente. Del total de casos nuevos registrados, 8.486 (27,3%), iniciaron tratamiento con alguna incapacidad física. De estos, 2.039 (6,56%) fueron diagnosticados con DG2. En ese mismo año, el Sistema de Ingresos Hospitalarios (SIH) registró por todo el país, 4.147 casos de ingresos/admisiones por complicaciones de la enfermedad.^{22, 23..}

En diez años, aproximadamente 100 mil casos tuvieron alguna incapacidad física y demandaron atención específica en el área de rehabilitación. De acuerdo con la Dirección de Salud del Trabajador de la Previdencia Social, entre los beneficiarios contemplados y activos en la División de Acompañamiento y Control de Beneficio por Incapacidad, 8.726 personas son afectadas por la lepra, (Sistema Único de Informaciones de Beneficios, 15/09/2015).^{22, 23..}

Situación de la lepra en Argentina y Misiones.

En nuestro país, esta enfermedad se caracteriza por su moderada endemidad y focalización en ciertas áreas geográficas, como son las provincias del

Noreste, y Noroeste. El programa Nacional de Lepra se inició en el año 1976, como una estructura vertical que demostró baja cobertura hasta que el proceso de descentralización permitió alcanzar a un mayor porcentaje de la población expuesta.²⁴ En ese entonces existía un registro nacional de 11.576 casos (pacientes en tratamiento, vigilancia y altas) que eran tratados con monoterapia sulfónica, esquema que fue reemplazado por el tratamiento poliquimioterápico (PQT) en la década del 80.^{24, 25}

Esta nueva implementación asociada a una intensa tarea de depuración de registros históricos, permitió llegar a diciembre de 2011 con un número de casos de 736 pacientes. Desde junio de este año (2017) el programa pasa a depender junto a tuberculosis de la Dirección de ETS y Sida, a partir del reordenamiento de las direcciones en el Ministerio de Salud de la Nación. Es una enfermedad sujeta a notificación obligatoria desde 1960 (Ley Nacional N°15.465) en nuestro país. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades.^{24, 25}

La notificación a través del módulo de vigilancia de laboratorio Sivila – SNVS comprende una ficha individual y la periodicidad de la notificación es semanal.²⁴

Aunque en los últimos años se han recibido notificaciones de casos residentes en provincias no endémicas (Región de Cuyo y Patagonia), debiéndose esta circunstancia más a las muy frecuentes migraciones internas y ocasionalmente de países limítrofes (Bolivia y Paraguay) que a un hecho epidemiológico. Merece especial mención el área de ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, zona de gran concentración de casos autóctonos y migrantes internos y externos.^{24, 25}

Para el año 2013, la tasa de prevalencia nacional fue de 0,18/10000 habitantes y la tasa de detección 0,84/100.000 habitantes.²³ Si bien se alcanzó la meta de

eliminación definida por la OMS, persistían algunas bolsas endémicas donde la carga de la enfermedad era superior como Formosa, Misiones y Chaco.²⁴

En el año 2015, el Programa Nacional de Lepra del Ministerio de Salud de la Nación en su reunión anual informó un total de 255 casos nuevos y calculó tasas de prevalencia a nivel país que variaron entre 1,1 y 0,04 casos/10.000 habitantes, y ubican a nuestra provincia en el extremo superior (0,596/10.000), solo superada por Formosa, aunque los datos disponibles son incompletos (Tablas 3 y 4). Misiones se constituyó en una de las provincias con más casos nuevos (solo superada por Buenos Aires) y con las tasas de detección de casos más elevadas (Formosa: 6,09 casos y Misiones: 3,69 casos/100.000).²⁵

Tabla 2: Número de casos nuevos en Argentina.

CASOS TOTALES AÑO 2017 ARGENTINA								
Provincia	Casos Nuevos			Tasa de Detección n/100000 hab.	Total de Casos			Tasa de Preval. /1000 0 hab.
	MB	PB	TOTAL		MB	PB	TOTAL	

Bs. As.	30	4	34	0,21	88	3	91	0,05
C.A.B.A.	4	0	4	0,14	8	0	8	0,03
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0
Chaco	28	4	32	2,74	57	7	64	0,55
Córdoba	4	1	5	0,14	6	4	10	0,03
Corrientes	21	1	22	2,05	25	2	27	0,25
Entre Ríos	1	0	1	0,08	2	0	2	0,02
Formosa	35	2	37	6,39	51	2	53	0,91
Jujuy	1	0	1	0,13	5	0	5	0,06
Misiones	32	5	37	3,07	60	7	67	0,56
Neuquén	1	0	1	0,16	1	0	1	0,02
Río Negro	1	0	1	0,15	1	0	1	0,01
Salta	9	2	11	0,80	15	2	17	0,14
San Luis	1	0	1	0,21	1	0	1	0,02
San Juan	2	0	2	0,27	4	0	4	0,012
Santa Fe	17	3	20	0,60	24	4	28	0,08
S. del Estero	6	1	7	0,75	12	3	15	0,16
Tucumán	28	6	34	2,13	36	6	42	0,25
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0
la rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	221	29	250	0,57	396	40	436	0,10

MB: Multibacilar, PB: Paucibacilar, CN: casos nuevos. DG2: Discapacidad grado 2.

En la Provincia de Misiones los registros de la Dirección de Epidemiología informan 46 casos acumulados en el año 2011 y 22 casos en el año 2012, correspondiendo al Hospital de Eldorado el 30% de los casos notificados¹⁴, De acuerdo con los datos extraídos del SiViLa (Sistema de Vigilancia Laboratorial) y del SNVS (Sistema nacional de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud de la Nación), el Servicio de Laboratorio del Hospital SAMIC de Eldorado entre el 1 de enero del 2011 al 30 de abril de 2014 diagnosticó 41 casos de lepra²⁴.

Lo que impulsó recabar información para investigar la posibilidad de los agentes sanitarios para hacer un primer acercamiento al diagnóstico de la enfermedad ya que llegaban al Hospital de referencia con muchos años de evolución de la enfermedad sin diagnóstico^{24, 25}.

6. ALCANCES Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La lepra es una enfermedad curable. Si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. Si no se trata, puede causar lesiones progresivas y permanentes en la piel, los nervios, las extremidades y los ojos. El diagnóstico precoz y el tratamiento con multiterapia siguen siendo los elementos fundamentales para lograr que la enfermedad deje de ser un problema de salud pública^{26, 27}.

En nuestro país, la magnitud de la endemia es moderada y la morbilidad global por lepra es baja comparada con otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce, de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, regular y completo.²⁸

Si bien, la meta de eliminación en Argentina se alcanzó a través del Programa Nacional de Lepra aunque persisten regiones del norte de Argentina incluido Misiones donde la prevalencia es superior a lo señalado por OMS y resulta necesario aplicar estrategias intensificadas de prevención y control^{28, 29}.

El elevado número de casos detectados en la zona norte de la provincia, no sorprende considerando su ubicación geográfica limítrofe con dos países, con altas tasas de incidencia^{30, 31}.

En la estructura sanitaria de la Provincia de Misiones existe un Programa parcial de control de la Lepra, que responde a los lineamientos generales del Programa Nacional de Control de esta enfermedad. Se trabaja indirectamente con los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) que tienen un número total de 185 promotores de salud en la zona norte de la provincia^{32, 33}.

Dentro de las acciones propuestas se plantea la capacitación de los promotores de salud en diferentes puntos de la zona norte de la Provincia De Misiones Teniendo así la posibilidad de hacer visible la enfermedad, prevenir

las discapacidades y evitar la estigmatización^{25, 35}.

Se plantea así un conjunto de incógnitas sobre este tema fundamentales para encausar la presente investigación: ¿Cuánto saben los agentes sanitarios sobre la enfermedad? Recuerda el promotor de salud esta enfermedad al momento de ver al paciente? ¿Es posible mediante la capacitación de los promotores de salud mejorar el diagnóstico precoz de la enfermedad, la accesibilidad y la adherencia al tratamiento? ²⁶

2.1 OBJETIVOS

Objetivo general.

Capacitar a los promotores y agentes de salud de la zona Norte de la provincia de Misiones en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento integral de los pacientes con lepra.

Objetivos específicos

- ✓ Indagar sobre el grado de conocimientos sobre la Lepra de los promotores de salud.
- ✓ Medir el grado de aprendizaje tras la formación y factores asociados con el aprendizaje.

2.2. Metodología.

Se realizó un estudio prospectivo de encuestas que fueron efectuadas en dos oportunidades, una antes de la capacitación y otra con posterioridad a esta. Los ámbitos que se eligieron para la tarea fueron Hospital Samic de Eldorado, Hospital Samic de Andresito, Hospital Samic de Puerto Esperanza, esta elección se realizó debido a la cantidad de casos aparecidos en la zona y los agentes que habían actuado en el seguimiento de los pacientes. Como indicadores adicionales, se registraron los nuevos casos sospechados y su

derivación al sistema provincial de salud (SPS) y se realizó una nueva encuesta a los agentes de salud sobre la percepción del tratamiento, apreciación que tuvieron sobre los pacientes y su situación laboral, económica, de acceso al mercado laboral.

Se formó a los agentes de salud de la comunidad sobre la enfermedad de Hansen mediante talleres, donde se les brindó información actualizada acerca del agente etiológico, mecanismo de transmisión y tratamiento.

Se hizo hincapié en la importancia de los beneficios del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para prevenir las discapacidades.

La duración de las mismas fue de 3 horas a los agentes sanitarios con material gráfico y audiovisual e impartidos por un Médico, un Bioquímico y Un trabajador Social que trabajaron desde la óptica de cada profesión la intervención en el tratamiento, clínica, diagnóstico y seguimiento de la Lepra^{36, 37}.

Se les facilitó un dossier de la enfermedad de Hansen a cada uno de ellos expedidos por el Ministerio de Salud de la Nación (Programa Nacional de Lepra y Tuberculosis)²⁵.

En cuanto a la medición del grado de aprendizaje tras la formación y factores asociados con este³⁸. En los tres casos la mecánica de desarrollo fue la misma en las diferentes ciudades. El material que se utilizó para la capacitación fue el que provee el Ministerio de Salud Pública de la Nación, las guías ILEP y material bibliográfico del Sanatorio Fontilles de España. La segunda encuesta se realizó al finalizar la capacitación con el mismo cuestionario a fin de fijar conceptos y evaluar la incorporación de conocimientos de los mismos.

La tercera encuesta se les realizó solo a los agentes de salud que habían tenido contacto con pacientes con la enfermedad, donde se trabajaron otras cuestiones como, evolución de la enfermedad, recepción de la medicación, condición socioambiental del paciente.

Se tomaron como datos para categorizar nivel medio, pobreza e indigencia, los

informes del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) quienes dan como valor de indigencia a quienes no cubran el precio de la canasta básica alimentaria (CBA) que es de 249 U\$S y como valor de pobreza a quienes no alcancen la Canasta Básica Total (CBT) U\$S 617.5. y la clase media debía tener un ingreso de piso de U\$S 831.

- ✓ Se les realizó una encuesta que se encuentra en el anexo 1 a los agentes sanitarios luego de haber concluido la capacitación.
- ✓ Para medir los factores asociados con el aprendizaje: se evaluó la diferencia del grado de conocimiento adquirido entre la primera y segunda encuesta y que factores son los que se relacionaron con el grado de conocimiento de la enfermedad.
- ✓ Factores evaluados fueron, sexo, la edad, el grado de conocimiento previo, si ha visto pacientes con la enfermedad.
- ✓ Se realizó una encuesta a los agentes de salud que atendieron enfermos para conocer su estado y evaluar condición socioeconómica de los mismos.



2.3. PREGUNTAS DE LA ENCUESTA:

(Las respuestas correctas se consideraron de acuerdo con el manual “Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra” Ministerio de salud de la Nación.2017)³².

1-que es la lepra?

- ✓ La Lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por un microorganismo, el *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente la piel, mucosas y nervios periféricos.

2-cuál es el agente causal?

- ✓ *Mycobacterium leprae*

3-como se contagia?

- ✓ Se transmite de una persona enferma a una persona sana susceptible. Actualmente se considera que la inhalación de gotitas de Flügge cargadas de bacilos es la vía de entrada principal.

4-como se trata?

- ✓ **Poliquimioterápico (PQT):** es una combinación de drogas seguras y efectivas para el tratamiento de la lepra, y distribuido en forma gratuita por la OMS.

5-Cuanto dura el tratamiento?

- ✓ Se considerará paciente curado cuando finalice el tratamiento adecuadamente en el período de tiempo estipulado (12 dosis en plazo máximo de 18 meses en pacientes MB y 6 dosis en plazo máximo de 9 meses en pacientes PB), de no cumplirse con estos requisitos, se

considerará abandono o incumplimiento del mismo y deberá reiniciarlo.^{39, 40.}

6-Conoce o ha visto alguna vez algún paciente con la enfermedad?

✓ Si o No de acuerdo con la experiencia del encuestado

7-cuantos conoce o ha visto?

✓ Expresado en número

8-ha hecho seguimiento a algún paciente?

✓ Si o No

2.4. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO.

La zona de influencia fue la zona Norte de la Provincia de Misiones, haciendo hincapié en las ciudades que derivan pacientes al Hospital de Eldorado, que es de nivel III y centro de referencia. Por lo tanto las capacitaciones se realizan en el Hospital Samic de Andresito, en el Hospital Samic de Puerto Esperanza y en el Hospital Samic de Eldorado. Todos dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.^{27, 28.}

La provincia de Misiones se encuentra ubicada en el extremo Noreste de la República Argentina, casi la totalidad de sus límites son ríos y posee 1.267 km de frontera internacional que representan más del 80% de sus límites: al Norte y Este limita con Brasil, al Oeste con Paraguay al Sur con la provincia de Corrientes y parte de la república del Brasil. La superficie de la provincia es de 29.801 Km² con una densidad poblacional estimada para 2014 de 39.09 habitantes por km². (ASIS)^{28.}

El clima es de tipo subtropical sin estación seca, las precipitaciones son abundantes lo que trae como consecuencia alta humedad. La temperatura

anual media es entre 20 y 21 grados.²⁸.

En la organización territorial, la provincia se encuentra dividida en 75 municipios agrupados en 17 departamentos. La población total es de 1.165.049 habitantes según la Proyección del año 2014 en base al Censo Nacional del año 2010, de los cuales 50.31% son mujeres y el 49.68% son hombres. Con un índice de masculinidad de 1,01 para el año 2014. La esperanza de vida para el quinquenio 2010 a 2015 es: en varones 72,45 años y en mujeres de 79,95²⁹.

2.6. MISIONES Y LOS PAÍSES VECINOS

Misiones se caracteriza por las migraciones internas y las inmigraciones de los países de Europa del Este en dos momentos importantes del País, uno hacia 1890 y el otro entre 1940 y 48 cuando finaliza la segunda guerra Mundial y Argentina recibe una gran cantidad de inmigrantes que pueblan la Provincia de Misiones³⁰. Por otro lado recibe inmigrantes de Paraguay y Brasil, en el caso del primero a causa de la dictadura de Stroessner y en el segundo por cuestiones laborales, estos intercambios que se dan permanentemente aun hoy, y su relación estrecha con los pueblos originarios, muestran una condición absolutamente cosmopolita en cuanto a lo Histórico, cultural y social³⁰. Teniendo en cuenta estas importantes características y la gran cantidad de kilómetros de frontera que la recorren, hace que la zona que nos ocupa en este estudio se parezca en sus costumbres, cultura, sociedad y aspectos sanitarios más a los Países vecinos (Brasil y Paraguay) que al resto de la República Argentina³⁰. Se hace esta referencia ya que según conclusiones de estudios previos realizados en la región, la prevalencia de la lepra en la zona Norte de Misiones es del 4,3 %/10000.^{24, 40, 41..}

2.7. ORGANIZACIÓN Y REPUESTA SANITARIA.

A partir del año 2008, Misiones cuenta con 6 Zonas de Salud:

- ✓ **Zona Capital I:** Departamento Capital.
- ✓ **Zona Sur II:** Concepción, Apóstoles, San Javier y L.N. Alem.
- ✓ **Zona Centro Paraná III:** Candelaria, San Ignacio y San Martín.
- ✓ **Zona Centro Uruguay IV:** Oberá, Cainguás y 25 de Mayo.
- ✓ **Zona Norte Paraná V:** Montecarlo, Eldorado e Iguazú.
- ✓ **Zona Noreste VI:** Guaraní, San Pedro y Belgrano.^{28, 30..}



Mapa 4: distribución de zonas sanitarias (Ministerio de Salud de Misiones)

7. MATERIALES Y METODOS

7.1. Población de estudio

Promotores de salud, agentes sanitarios de Salud Pública de la zona Norte de Misiones, enfermeros de centros de salud.

7.2. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión;

Fueron incluidos todos los Promotores de salud, enfermeros, agentes sanitarios y personal de Salud Pública involucrados en el tema, centros hospitalarios, Hospital SAMIC (Servicio de atención médica para la comunidad) de Eldorado, Samic de Andresito y Hospital Samic de Puerto Esperanza.

Fueron excluidas las personas que no aceptaron participar del estudio y que estuvieron ausentes el día de la capacitación.

7.3. Muestra. Selección y tamaño de la muestra.

La población accesible la constituyeron todos los promotores de salud de la zona norte de la Provincia de Misiones que trabajan en los hospitales y centros de salud.

El tamaño de la muestra estuvo determinado por el número de participantes que en este trabajo fueron 99. Sobre una cantidad total de 185 agentes de salud de la zona Norte de la Provincia que corresponde a casi el 57 % del total de los agentes sanitarios.^{28, 30.}

8. RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA (PREVIO A LA CAPACITACION):

La encuesta constaba de ocho preguntas y fue respondida en forma individual con identificación de cada participante.

8.1. Descripción de los agentes de salud que participaron en la capacitación

N= 99

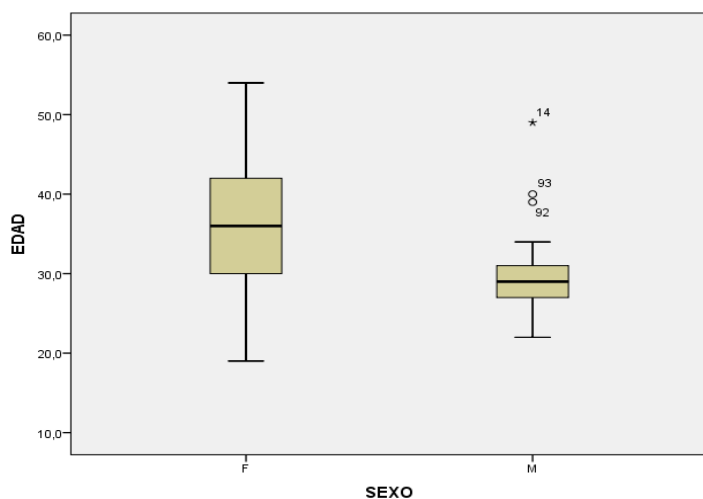
- ✓ Edad media 35,2 años con una desviación estándar de 8,6,
- ✓ con un rango de edad entre los 19 y 54 años

- ✓ **Mujeres** 82 (82,8%)
- ✓ **Varones** 17 (17,2%)

Edad

La edad media de las mujeres agentes de salud fue de 36,2 con una DE 8,8.

La edad media de los varones agentes de salud fue de 30,6 con una DE 6,1.



Sitios de capacitación:

- ✓ Eldorado: 53 (53,5%)
- ✓ Esperanza 34 (34,3%)
- ✓ Andresito 12 (12,1%)

Las principales ciudades de origen de los participantes fueron

Eldorado 21 (21,2%), Esperanza 16 (16,2%), Andresito 12 (12,1%), San Pedro 9 (1%) y Wanda 8 (8,1%). En la tabla se puede ver el resto de las ciudades de los participantes

Ciudades	Nº	%
ELDORADO	21	21,2
ESPERANZA	16	16,2
ANDRESITO	12	12,1
SAN PEDRO	9	9,1

WANDA	8	8,1
P. PIRAY	5	5,1
LIBERTAD	4	4,0
P. IGUAZU	4	4,0
B. IRIGOYEN	3	3,0
P. LIBERTAD	3	3,0
9 DE JULIO	2	2,0
COL. DELICIA	2	2,0
EL ALCAZAR	2	2,0
POZO AZUL	2	2,0
SAN ANTONIO	2	2,0
CARAGUATAY	1	1,0
MADO	1	1,0
P. RICO	1	1,0
TARUMA	1	1,0
Total	99	100,0

Tabla 3: ciudades representadas en la capacitación

La población a su cargo se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 4: dependencias sanitarias en las capacitaciones

Ciudades	Nº	%
CAPS	75	75,8

HOSP.SAMIC ELDORADO	8	8,1
HOSP.SAMIC ANDRESITO	5	5,1
HOSP.SAMIC ESPERANZA	5	5,1
AREA PROGRAM. ELDORADO	1	1,0
CAPS COM.ABORIG.	1	1,0
CONTROL DE VECTORES	1	1,0
HOSP. SAMIC ELDORADO	1	1,0
HOSP.SAMIC IGUAZU	1	1,0
HOSP.SAN ANTONIO	1	1,0
Total	99	100,0

Función de los participantes

- ✓ Promotores de salud 59 (59,6%),
- ✓ Vacunadores 18 (18,2%),
- ✓ Enfermeras 2 (2,0%)
- ✓ otros 20 (20,2%)

Número de personas que trabajan con el participante

El número de personas que trabajan junto a los participantes varían entre 4 y 100 personas,

En el 72% de los casos trabajaban con menos de 5 personas.

Tabla 5: dependencias sanitarias en las capacitaciones

Número de personas con	n	%
-------------------------------	----------	----------

las que trabajan		
1,0	2	2,0
2,0	14	14,1
3,0	18	18,2
4,0	28	28,3
5,0	12	12,1
6,0	1	1,0
10,0	9	9,1
11,0	4	4,0
12,0	1	1,0
25,0	6	6,1
40,0	1	1,0
100,0	3	3,0
Total	99	100,0

Nivel de estudios

La mayoría tiene:

- ✓ nivel secundario. 77 (77,8%)
- ✓ el resto tienen nivel terciario (n=13; 13,1%),
- ✓ primaria (n=5; 5,1%)
- ✓ Universitarios (n=4; 4,0%).

8.2. Preguntas específicas sobre la enfermedad.

A la pregunta ¿Sabe que es la lepra?

Contestaron:

- ✓ 61 (61,6%) contestaron que si
- ✓ 38 (38,4%) contestaron que no

A la pregunta ¿ podría describir brevemente que es la Lepra ?. Los participantes respondieron conceptualmente luego de agrupar respuestas similares como se detalla en la Tabla 3.

Las respuestas previas a la capacitación sobre el conocimiento de la enfermedad mostraron que el 41,4 % desconocía la enfermedad (similar a los que respondieron de este modo a la pregunta ¿qué es la lepra? Un 47,46 % respondió que era una enfermedad que afectaba la piel. Un 6,06 % respondió que era una enfermedad contagiosa u infectocontagiosa. Un 5,05 % respondió respuestas muy erróneas. Ninguna respuesta resulto correcta asociando la enfermedad infectocontagiosa y el daño a la mucosa y nervios periféricos.

Tabla N° 6:

RESPUESTAS AGRUPADAS	N*	%
Medianamente bien	53	53.12%
Mal	5	5.05%
S/R	41	41,42%
Total	99	100,0%

S/R: sin respuesta

A la pregunta ¿Conoce el principal agente causal de la Lepra?

Respondieron:

- ✓ Si: 41 (41,4%)
- ✓ No: 58 (58,6%)

A la pregunta ¿Cuál es el agente causal?

Las respuestas fueron agrupadas por la similitud conceptual. Los resultados se detallan en la Tabla 7.

El 83,8 % no respondió a la pregunta (esto incluyo a la totalidad de los que manifestaron en la pregunta anterior no saber sobre el agente causal y algunos participantes que respondieron afirmativamente. Entre los que respondieron que era una bacteria (6,08 %), el (5.06%) respondieron que el agente causal era un microorganismo, el (5.06 %) respondieron de modo erróneo.

Tabla N° 7:

Respuesta	Nº	%
medianamente bien	6	6.08
Mal	10	10.12
S/R	83	83,8
Total	99	100,0

S/R: sin respuesta

A la pregunta ¿Cómo se contagia la Lepra?

Tabla N°8:

Respuesta	Nº	%
Bien	2	2.02
Medianamente bien	28	28.28
Mal	14	14.14
S/R sin repuesta	55	55.55
Total	99	100,0

S/R: sin respuesta

A la pregunta ¿Sabe cómo se realiza el tratamiento de la Lepra?

- ✓ Si: 18,1 %
- ✓ No: 81,9 %

Y cuando se le pregunta Como se trata.

Tabla 9:

Respuesta	Nº	%
Bien	4	4.04

medianamente bien	10	10.09
Mal	5	5.02
S/R	80	80.78
Total	99	100,0

S/R: sin respuesta

A la pregunta ¿Sabe Ud. cuánto dura el tratamiento de la Lepra?

- ✓ No: 86, 9 %
- ✓ Si: 13,1 %

Quando se le pregunto cuanto

La misma cantidad de participantes que respondió que no sabían cuánto duraba el tratamiento tampoco pudo contestar el tiempo aproximado.

Tabla 10:

Respuesta	Nº	%
Aproximadamente bien	11	11.11
Mal	2	2.03
S/R (sin respuesta)	86	86,86
Total	99	100,0

S/R: Sin respuesta.

Quando se les preguntó si conocía o había visto algún paciente con lepra 70 de ellos contestaron de forma negativa.

Tabla 11:

Conoce	números absolutos
NO	70
SI	28

S/R	1
total	99

S/R: sin respuesta

Cuando se les pregunta el número de pacientes que habían observado, responden:

Tabla 12:

Agentes de salud	Cantidad de pacientes que ha atendido
77	0
12	1
4	2
5	3
1	4
N=99	10

Cuando se preguntó: ¿ha participado en el seguimiento de un paciente con lepra?

Tabla 13:

Agentes de salud	respuestas
91	no
8	si
N=99	

Seguimiento y control de pacientes

En esta primera encuesta antes de la capacitación se observó que si bien ante las preguntas sobre conocimiento de la lepra la mayoría contestó afirmativamente cuando se solicitó que se describa la patología lo hicieron en forma errada.

En las restantes preguntas ninguno contesto acertadamente y menos de la mitad contestó medianamente bien (según las categorías establecidas).

- ✓ Casi el 84 % contesto erróneamente el nombre del agente etiológico.
- ✓ En cuanto el mecanismo de transmisión más de la mitad no respondió y el resto lo hizo apenas con alguna apreciación o mal.
- ✓ En cuanto al tratamiento otra vez no dieron respuesta el 80 % y el resto respondió en forma aproximada o mal.
- ✓ Lo mismo sucedió en cuanto a la duración del tratamiento donde casi el 90 % no respondió y el resto lo hizo de forma errónea.

9. SEGUNDA ENCUESTA, POST CAPACITACION.

Los agentes de salud que participaron de este momento fueron los mismos que se describieron en la encuesta número uno.

A la pregunta ¿Sabe que es la lepra?

Contestaron:

Tabla 14:

Respuesta	N*	%
Si	93	93.07%
No	6	6.94%
total	N=99	100 %

A la pregunta descríbala

Las respuestas fueron diversas como aparece en la siguiente tabla.

- ✓ 77 personas dicen que es una bacteria que ocasiona manchas en la piel.
- ✓ 10 personas dicen que es causada por una micobacteria y que provoca discapacidades (n=10; 10 %),
- ✓ Enfermedad transmitida por una bacteria (n=8; 8%),

- ✓ 4 personas refieren que aparece a causa del consumo de animales de la selva (n=4; 4%)

Tabla 15:

Descripción de la enfermedad	N*	%
Bien	10	10.10%
Medianamente bien	85	85.86 %
Mal	4	4.04 %
Total	99	100,0

¿Conoce el agente causal?

Respondieron:

- ✓ No: 14 (13.86%) de los trabajadores encuestados.
- ✓ Si: 85 (86.14%) de los trabajadores encuestados.

¿Cuál es?

87 participantes no lo saben (n=87; 87,8%) y el resto responden a otras formas y se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 16:

Respuesta	Nº	%
Bien	98	98.99
Medianamente bien	1	1.01
Total	99	100,0

Cuando se le pregunta ¿Cómo se contagia?

Contestaron de la siguiente forma

Tabla 17:

Respuesta	Nº	%
Bien	80	80.81%
Mal	4	4.04%
S/R (sin respuesta)	15	15.15%

Total	99	100,0%
--------------	-----------	---------------

Formas de contagio agrupadas en números y porcentajes. Post capacitación.

Sabe cómo se trata

- ✓ SI :91,9 % del total de encuestados
- ✓ NO: 8,1 % del total de encuestados

Y cuando se le pregunta Como se trata.

Respondieron

Tabla 18:

Respuesta	Nº	%
Bien	99	100.0%
Total	99	100,0%

Formas de tratamiento en números y porcentajes. Post capacitación.

Cuando se le pregunto cuanto tiempo dura el tratamiento?

Respondieron

Tabla 19:

Respuesta	Nº	%
Bien	95	95.05%
Mal	4	3.96%
Total	99	100,0%

Duración del tratamiento post capacitación.

Cuando se le pregunto ¿Conoce o ha visto algún paciente con lepra? responden,

- ✓ No: 70 promotores
- ✓ Si: 28 promotores
- ✓ No Responde: 1 promotor

Cuando se le pregunta ¿número de pacientes que han observado con sintomatología semejante responden:

- ✓ 77 : Ninguno
- ✓ 12 :observaron 1 paciente
- ✓ 4 :observaron 2 pacientes
- ✓ 5 :observaron 3 pacientes
- ✓ 1 : observo 4 pacientes.

Estas respuestas si bien muestran que algunos promotores han visto pacientes, no significa que hayan tenido contacto con ellos o hayan hecho algún tipo de seguimiento del mismo ya sea derivando o acompañando en la toma de medicación.

Cuando se preguntó: ¿ha participado en el seguimiento de un paciente con lepra?

- ✓ 91 participantes respondieron: No
- ✓ 8 participantes respondieron: Si

Es en esta respuesta donde aparecen quienes han trabajado con algún paciente con los que han sostenido contacto, y que estos son los que realmente cuentan con un conocimiento de la situación del paciente y el tratamiento.

10. CUADRO DE RESPUESTAS ANTERIORES Y POSTERIORES A LA CAPACITACION Y PORCENTAJE DE MEJORA.

Tabla 20:

Pregunta relacionadas al conocimiento	Respuestas Pre-capacitación	Respuestas con algún	Respuestas Post-capacitación	Respuestas con algún	% de mejora asociados
---------------------------------------	-----------------------------	----------------------	------------------------------	----------------------	-----------------------

de lepra (N=99)	n Correctas (%)	componen te correcto	ón Correctas (%)	componen te correcto	a la capacitaci ón.
Sabe que es la lepra	1	42	95	0	59.15%
Sabe cuál es el agente causal?	6	3	98	0	91.18%
Sabe cómo se contagia?	2	37	80	0	68.8%
Sabe cómo se trata?	2	10	99	0	88.12%
Sabe cuánto dura el tratamiento?	5	2	95	0	93.35%

Transcurrida la capacitación nuevamente se evaluaron las encuestas y se realizó un cuadro comparativo donde se muestra el porcentaje de mejora, allí se aprecia que el 85 % de los entrevistados contestan medianamente bien sobre la pregunta que es la lepra.

- ✓ Cuando se hizo referencia al agente causal el 80 % contestó medianamente bien o bien.
- ✓ El modo de contagio tuvo un 80 % que contesto bien y solo 15 no respondió.
- ✓ En cuanto al tratamiento todos contestaron correctamente teniendo en cuenta que son los agentes sanitarios que en muchas ocasiones son los que acompañan la toma de la medicación en los tratamientos.
- ✓ La duración del tratamiento fue contestado casi en su totalidad de forma correcta.
- ✓ Se consultó sobre si habían tenido contacto o si habían hecho seguimiento de algún paciente y la mayoría respondió que no, por lo que este resultado puede deberse al desconocimiento de la enfermedad.

Finalmente y haciendo una comparación entre las encuestas se observó que mejoran las respuestas asociadas a la capacitación entre un 60 y un 93 %.

Dentro del grupo de agentes de salud que participaron de la capacitación nos

encontramos con 8 que han hecho seguimiento o han tenido contacto con pacientes afectados por la enfermedad.

Teniendo en cuenta los datos aportados podemos inferir que el nivel de conocimiento de los agentes de salud previa a la capacitación no superaba el 5 % en ningún caso y que habiendo recibido la información y participado de los talleres se ha constituido una diferencia que oscila entre el 59 y el 93 %.

Estos datos que revelaron la importancia de seguir haciendo visible esta dolencia constituyen un factor esencial para la continuidad del trabajo aun habiendo alcanzado nuestro País la meta de eliminación, ya que los pacientes que acuden al centro de referencia lo hacen luego de haber pasado por varias consultas y sin haber logrado un diagnóstico cierto, lo que muestra a las claras la poca visibilidad de la dolencia, la falta de información y la continuidad del estigma como modo de discriminación asociado a la situación de pobreza extrema en la que algunos de los pacientes se encuentran⁵¹.

ENCUESTA A AGENTES DE SALUD EN CONTACTO CON PACIENTES.

Luego de unos tres meses se contactó con siete de los agentes de salud que tenían relación con pacientes que cursaban la enfermedad y se hizo otra pequeña encuesta donde se consultó sobre su intervención y algunas características de los pacientes y sus familias, que suministraron datos sobre la observación y la persistencia de los conocimientos adquiridos.

Proporcionaron, además, datos de importancia donde se indagó sobre la situación socioeconómica y familiar de los pacientes y el acceso a la medicación.

Tabla N°:21

lugar de trabajo N=7	visito al paciente donde	a que distancia se encuentra en KM.	el paciente trabaja?	tiene beneficio social ?	situacion socioeconomica del paciente indigente pobre medio	nivel de estudio del paciente
Puerto Piray	Domicilio	1	no	no	pobre	PC
Pozo Azul	Domicilio	1	no	si	pobre	PI
El Alcázar	Domicilio	2	si	no	pobre	PI
El Alcázar	Domicilio	1	si	no	pobre	PI
Victoria	Domicilio	50 mts	no	no	indigente	SI
Puerto Piray	Domicilio	500 mts	no	si	pobre	SI
Puerto Iguazú	Domicilio	6	si	si	pobre	PC

PC: primaria completa PI:primaria incompleta SI:secundaria incompleta

Sobre un N=7 de agentes de salud que habian trabajado o hecho seguimiento de pacientes se destaca en primer lugar que las zonas fueron correspondientes a 2 de El Alcazar, 2 de Puerto Piray, 1 de Pozo Azul, 1 de colonia Victoria y 1 de Puerto Iguazu. Que todos habian sido visitados en su domicilio, y que las distancias del domicilio al CAPS oscilaban entre los 50 metros y los 6 kilometros. De los 7 pacientes 4 no trabajaban y 3 si. En cuanto al beneficio social 4 de ellos no contaban con él y 3 si. 2 de los pacientes que trabajaban no contaban con beneficio social, mientras el restante que trabajaba si cuentan con beneficio. Por otro lado 2 de los que no trabajaban tampoco contaban con un beneficio social y solo 1 de ellos trabajaba y ademas contaba con un beneficio.

Tambien se categorizó por parte de los agentes sanitarios su situacion económica, de los cuales 6 se categorizaron como pobres; teniendo en cuenta que el término “pobreza” tiene distintos significados en las ciencias sociales. En un trabajo reciente, Paul Spicker (1999) identifica once posibles formas de interpretar esta palabra: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable^{46,47}.

Todas estas interpretaciones serían mutuamente excluyentes, aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez, y algunas pueden no ser aplicables en toda situación⁹³. Pero específicamente se tomaron las NBI (necesidades básicas insatisfechas) demostrando que 6 son pobres (o sea que su poder adquisitivo se encuentra debajo de la línea de pobreza) y 1 de ellos es indigente o sea que no tiene sus necesidades básicas satisfechas e incluso se encuentra en franco deterioro social y económico. Sin trabajo, sin cobertura médica y sin beneficio social⁴⁷.

En cuanto al nivel de escolaridad de los pacientes 3 tienen la primaria incompleta, 2 primaria completa y 2 de ellos secundaria incompleta. Denotando un nivel de escolaridad básico lo que agrega a los determinantes sociales otro factor de riesgo.

Tabla 22: Estado de los pacientes y acceso a la medicación y atención.

Observa que el paciente mejora con la medicación? Si o no	Ha detectado algún paciente más en la familia. Si o no	Conoce el tipo de lepra que tiene? Si o no	el conviviente tiene manchas en la piel sí o no	Tiene una red de traslado al hospital de referencia?	Es accesible y rápido? Si o no	El paciente donde retira la medicación?
no	Si	si	si	si	si	Hosp.eldorado
Si	No	si	no	si	si	llevan al domicilio
Si	Si	si	si	si	si	caps
Si	Si	si	si	si	si	caps
Si	no	no	no	si	si	Hosp.eldorado
Si	si	si	si	si	no	llevan al domicilio
Si	si	si	si	si	si	Hosp. Iguazu

Casi todos han mejorado con la medicacion solo 1 hace referencia a la no mejoría lo que pudo deberse a que el paciente no toma la medicacion correctamente o bien a la resistecia a la misma. En 5 de los casos han detectado en la familia mas casos, y conoce realmente el agente de salud que tipo de lepra tiene el paciente, 5 de ellos han detectado manchas en la piel de

los convivientes y han podido hacer la derivación correspondiente. Expresan que la red de traslados funciona bien en estos casos de forma rápida y eficiente, mientras que retiran los medicamentos en el hospital o el caps mas cercano mientras el paciente que vive mas alejado recibe los medicamentos de manos del agente de salud en su domicilio.

Recibimos de los agentes sanitarios capacitados la derivación de 5 pacientes de los cuales 3 fueron negativos y 2 dieron positivo para la enfermedad con lo cual se comenzó inmediatamente con el tratamiento.

Se ha hecho una encuesta posterior a los promotores que han tenido contacto con pacientes de donde se extrajeron las siguientes conclusiones:

- ✓ Todos los pacientes fueron visitados en su domicilio.
- ✓ La mayoría de ellos no contaban con un beneficio social de ningún tipo.
- ✓ Su domicilio se encontraba entre 1 Km y 6 Km del centro de atención primaria en su mayoría.
- ✓ La situación socioeconómica de los pacientes oscilaba entre la pobreza y la indigencia, y la mayoría no tenía un trabajo fijo.
- ✓ Han mostrado una mejora significativa tomando la medicación según fueron sus apreciaciones.
- ✓ En 5 de los 7 casos han detectado más contactos con lepra en el entorno familiar.
- ✓ Refirieron que tanto la red de traslados como el acceso a los medios más complejos de atención son accesibles y rápidos.
- ✓ En ocasiones los pacientes han retirado la medicación en el centro de atención primaria y en otros casos han sido provistos directamente por los promotores de salud en su domicilio.
- ✓ Los receptores de la capacitación pudieron reconocer a los pacientes, acompañarlos y realizar el seguimiento del tratamiento junto a ellos. Lo que demostró la importancia de las capacitaciones para el acercamiento a la detección temprana de la enfermedad y el tratamiento oportuno para evitar de esta forma las secuelas graves de la enfermedad.

En la actualidad aún hay muchas incógnitas sobre esta enfermedad. La falta de medios de cultivo, su crecimiento lento, la dificultad para provocar grandes epidemias, su baja prevalencia, su falta de resistencia a las terapias, los años que tarda en hacerse sintomática, su antigüedad, en resumen: su baja preponderancia y las regiones del mundo donde aparece, hacen que se la califique como desatendida u olvidada^{47,48}.

Hoy es más difícil pensar en leprosarios, de cualquier tipo. Pero en realidad, las diferencias entre los muros y las murallas de la desinformación, el desconocimiento y la desatención que han sufrido los pacientes, los pone en el mismo lugar^{35, 36}.

11. DISCUSION

La mayoría de los trabajadores de la salud que participaron en el estudio fueron jóvenes con una edad promedio de 35 años y con preponderancia del género femenino.

Si tenemos en cuenta que culturalmente la zona Norte de la Provincia se encuentra influida por los límites que la conectan con Brasil y Paraguay, no sería errado decir que pertenece a una región que permanentemente ha sido influida en costumbres, cultura e identidad. Que culturalmente han sido las mujeres quienes se han hecho cargo de la educación y la salud de sus familias, es probable que este rol se repita también en esta zona^{52, 53}.

Se capacito a 99 agentes sanitarios de la zona Norte de Misiones, lo que corresponde al 56,60 % del total de agentes de la Provincia. Según el (Programa Provincial de Formación de agentes Sanitarios)^{52, 53}.

Con respecto a la convocatoria de los agentes de salud a los talleres de capacitación los resultados demostraron que la ciudad de Eldorado aporta la mitad de los participantes, esto puede deberse a que el Hospital SAMIC de Eldorado es de Nivel III, es la institución de referencia de toda la zona Norte de Misiones y además es Hospital Escuela donde se realizaba la tecnicatura en salud Publica dictada por el IMES (Instituto Misionero de Estudios Superiores) y

fueron invitados en el ámbito de la formación a participar de la capacitación^{53,54}.

La cantidad de agentes sanitarios que participaron ascendió a 99 de 2 zonas sanitarias diferentes zonal Norte Paraná y zona Noreste, que en total cuentan con 185 agentes sanitarios. (Ministerios de salud de la Provincia)⁵⁴.

Los participantes desarrollan sus actividades en el ámbito sanitario, el 76% en Centros de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S) y los demás en Hospitales aunque también se debe destacar que hubo participantes del ámbito de control de vectores, y la participación de promotores de salud de los pueblos originarios³².

En cuanto al nivel de escolaridad se observó que este en su mayoría correspondía a agentes con secundario completo y algunos con terciario completo. Lo que si bien no es una constante entre los promotores de salud, correspondería a su interés por la formación y como fue expuesto antes porque muchos de ellos se encontraban cursando la tecnicatura en salud pública impartida en la ciudad por el IMES (Instituto Misionero de Educación Superior) además, dentro del ámbito de la salud pública se impulsaron fuertemente programas de finalización de estudios de nivel secundario a sus trabajadores⁵⁵.

Al momento de realizarse la encuesta pre-capacitación se observó que si bien los agentes decían conocer la enfermedad el 98 % contestaba de manera errada cuando se les solicitó una breve descripción. Así sucedió también en las preguntas tales como: agente causal, formas de tratamiento, duración del tratamiento, cadenas de transmisión. Al comparar con un trabajo similar realizado en Cuba estos resultados fueron similares teniendo en cuenta que el trabajo cubano fue realizado a familiares de pacientes⁵⁵.

A las preguntas que se referían a la enfermedad específicamente (que es la lepra y puede describirla brevemente) contestaron medianamente bien la mitad de los agentes y la otra mitad no contesta. Esto puede deberse a la falta de capacitación en los últimos años ya que como Argentina alcanzó la meta de eliminación de la OMS de 1 caso por 10.000 habitantes no se incluyen en los programas de capacitación y se ha demostrado que la región del NOA se constituye como un bolsón de la enfermedad con una tasa de detección en la región 4 veces mayor⁵⁵. Que coincide con la situación en la provincia de

corrientes Y de los países vecinos Brasil y Paraguay^{43,55}.

Luego de realizarse la capacitación correspondiente, se manifestó en los resultados una mejora de entre un 60 a un 93 % en el conocimiento de la enfermedad.

La falta de percepción de los promotores del riesgo de la población a su cargo a padecer la enfermedad unida al prejuicio sobre esta patología, y el bajo índice de sospecha clínica explica que los pacientes son detectados tardíamente por el sistema de salud y en el nivel hospitalario. Esto hace que el sistema de salud pierda la oportunidad de detectar el caso en forma precoz ya que en esta región el promotor es el primer eslabón en la cadena de atención y el que tiene contacto permanente con la población^{56, 57}.

Una vez terminada las capacitaciones se recibieron cinco derivaciones de pacientes sospechosos al programa de lepra, de los cuales 3 fueron diagnosticados como enfermos y dos fueron descartados^{56, 57}.

Respecto a la encuesta que se les realizó a trabajadores de la salud en los lugares donde se detectaron pacientes posteriormente a la capacitación se observó un mayor interés en asociar factores importantes para la persistencia de la enfermedad, por ejemplo, contactos familiares afectados, dificultades en el tratamiento, indicadores socioeconómicos, distancia del domicilio al centro de salud, signos y síntomas precoces de la enfermedad. Estos resultados permitirían formular nuevas estrategias de intervención para el control de la lepra⁵⁸.

12. CONCLUSIÓN

En las capacitaciones que fueron dictadas en la zona Norte de la Provincia de Misiones a los agentes de salud se evidenció gran falencia en el conocimientos de los afectados acerca de la enfermedad, no saben su nombre, como se transmite, como deben cuidarse, las complicaciones, que efectos adversos produce y mucho menos su tratamiento.

Por otra parte los pacientes no tienen acceso a la ayuda social, se les dificulta el diagnóstico ya que no se piensa en lepra (nuestro país fue declarado libre de la enfermedad hace casi 14 años), sus hogares son precarios, algunos son analfabetos, viven hacinados y en ocasiones apenas hablan castellano.

Tal vez el que Argentina haya sido declarada libre de lepra hace que el trabajo que se realiza en los lugares donde aún existe se haga más difícil ya que esta situación no deja que se visibilice como verdaderamente es en algunas zonas de la provincia del norte de Misiones, “un problema de salud pública”. Una enfermedad olvidada que además no es visible porque afecta sobre todo a los pobres está condenada a no ser erradicada y a seguir estigmatizada^{57,58}.

A veces los especialistas no tienen idea de cómo comunicarse con los pacientes desconocen su realidad, cultura, carencias y posibilidades de acceso a los servicios de salud. Razón por la cual sería de mucha importancia incluir en los programas nacionales y provinciales equipos interdisciplinarios de intervención para el logro de resultados definitivos, de otra manera dejara de existir verdaderamente la enfermedad para la sociedad y para los registros, pero no para los enfermos y sus familias que aún permanecen aislados tras muros invisibles, pero no por ello menos perversos y dolorosos-

13. PROPUESTAS DE TRABAJOS FUTUROS Y/O RECOMENDACIONES

- ✓ Facilitar la detección temprana en Centros de Atención Primaria facilitando la extensión y capacidad diagnóstica en la Provincia de Misiones, y de este modo cortar la cadena de transmisión.
- ✓ mediante la realización de seminarios, charlas, talleres, encuentros y capacitaciones en los distintos ámbitos y ciudades, en Concejos de salud de las municipalidades, universidades y alumnos etc. a través de: contribuirá a lograr la Sensibilización y concientización social respecto a la lepra y su desestigmatización⁵⁶.
- ✓ Los resultados de este estudio nos permiten concluir que, así como lo

recomienda la organización mundial de la salud, en su estrategia mundial para la eliminación de la lepra 2016-2020. Además de un componente medico solido se debe mejorar la importancia de los aspectos humanos y sociales visibilizando la enfermedad⁴⁴.

Esto podrá lograrse a través de programas de prevención que favorezcan:

- ✓ Reducir el estigma
- ✓ Promover los entornos incluyentes.
- ✓ Atender a los niños, mujeres y otro grupos vulnerables
- ✓ Vincular con otros programas de salud⁴⁴.

Los aspectos socioeconómicos y la integración constituyen un pilar importante

- ✓ El fomento de la inclusión en la sociedad de las personas afectadas al abordar todas las formas de discriminación y estigmatización⁴⁴;
- ✓ La habilitación de las personas afectadas por la lepra y el fortalecimiento de su capacidad para participar activamente en los servicios de atención de la enfermedad; ⁴⁴
- ✓ La vinculación de las comunidades en las iniciativas cuyo objeto es mejorar los servicios de atención de la lepra;⁵⁶
- ✓ El estímulo a la creación de coaliciones entre las personas afectadas por la lepra y el fomento de la integración de estas coaliciones y de sus miembros en otras organizaciones comunitarias; ⁴⁴
- ✓ La facilitación del acceso a los servicios de apoyo social y económico, por ejemplo, al procurar generar ingresos para las personas afectadas por la lepra y a sus familias;⁵⁸
- ✓ El apoyo a la rehabilitación comunitaria de las personas con discapacidades causadas por la lepra;⁵⁸
- ✓ el trabajo en favor de la abolición de las leyes discriminatorias y la promoción de las políticas que faciliten la inclusión de las personas

afectadas por la lepra⁵⁵.

Teniendo en cuenta estas posibilidades es que es de suma importancia la visibilidad de la enfermedad para reducir además del número de casos la estigmatización que de ella deriva, sabiendo además que el termino estigmatización fue acuñado por primera vez por el sociólogo estadounidense Erving Goffman define la palabra, **estigma** como una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores⁷². El concepto fue acuñado en 1963 por en su reconocido libro del mismo título, en que precisa la noción sociológica del término como *pertenencia a un grupo social menospreciado* (grupo étnico, religión, nación, etc.), Distinguiendo las nociones anatómica (abominación del cuerpo) y psicológicas (defectos del carácter del individuo).⁵¹.

Teniendo en cuenta estas afirmaciones y realizando una búsqueda exhaustiva, se sabe que el prefijo DES significa quita, negación o carencia de alguna cosa pero así como la palabra estigma aparece hacia 1963. La acción de desestigmatizar no existe como tal, teniendo esto en cuenta, por lo tanto, se estimó sería apropiado definir la palabra DESESTIGMATIZAR de la siguiente manera:

Desestigmatizar: QUITAR EL ESTIGMA QUE PESA SOBRE UNA PERSONA, HECHO O COSA, MEDIANTE ACCIONES O MANIFESTACIONES TENDIENTES A ELLO. Estas manifestaciones o acciones deben estar direccionadas a revalorización de lo identitario como fundamento del ser humano dentro de una sociedad que lo reconoce como propio⁵¹.

Las estrategias de prevención deberán trascender de la tecnología, a menudo se enfoca en el diagnóstico y tratamiento olvidando aspectos esenciales del desarrollo y bienestar humano que son esenciales no solo para que el paciente sea visibilizado sino también para que acceda a los servicios esenciales necesarios.⁵¹.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Britton WJ, Lockwood DNJ. Leprosy. *Lancet*, 2004;363:1209-1219.
2. Lastória JC. Leprosy: review of the epidemiological, clinical and etiopathogenic aspects - Part 1. *An. Bras. Dermatol*, 2014;89(2):205-218.
3. Gómez JR. Introducción, etiología, transmisión, patogenia y clasificación. En: Fontilles. Manual de leprología. 1ª ed. España: Sergraf Integral;2013 a. p. 70-74.
4. Zubiría Consuegra, R., & Rodríguez Rodríguez, G. (2003, junio 7). Historia de la lepra. Ayer, hoy y mañana. *Medicina*, 25(1), 33-46. Recuperado a partir de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/61-6>
5. Guthrie Douglas, "Historia de la Medicina" Edit Salvat; Barcelona-Madrid, 1953,351. Shepard CC. The nasal excretion of Mycobacterium-leprae in leprosy. *Int. J. Lepr.*, 1962;30:10-18.
6. Reverte, J.; La lepra y la historia. Antropología Médico-Forense, Paleopatología y Criminalística. Universidad de Madrid. 2003. (www.ucm.es).
7. Hurtado de Mendoza, Diego. PALMA, Héctor (2005), «Gobernar es seleccionar». Historia y reflexiones sobre el mejoramiento genético en human. *Estudios digital*, [S.l.], p. 229-231, aug. 2012. ISSN 1852-1568. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/restudios/article/view/2593>. Fecha de acceso: 15 Jan. 2019
8. Pastrana FF, Ramírez ACR, Moredo RE, Ramírez RH, Díaz-Perera CA. Impacto de la Lepra en la historia *Folia* 2012; 6 (1)
9. Denuncia obligatoria de los enfermos de lepra. Ley 11.359. Buenos Aires, 17 de Septiembre de 1926 Boletín Oficial, 18 de Octubre de 1926. Derogada Id SAIJ: LNS0002279.
10. NAU, J.; How leprosy has invaded the world. *Rev Med. Suisse*. 2005m 1 (1); 1534-44.
11. Asamblea General de Naciones Unidas. Proyecto de principios y directrices para la eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares. 2010
12. Sociedad Argentina de Dermatología. Publicación trimestral. © Copyright sad@sad.org.ar. Editada por Publicaciones Latinoamericanas SRL. R. Carrillo 294 (1275) Capital. Dermatología A. pag. 155.
13. Confederal de lepra 2017 Reunión en el Ministerio de Salud de la Nación con los referentes provinciales. Buenos Aires Argentina junio 2017
14. Conclusiones Reunión Confederal de Lepra. Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina. Buenos Aires. Año 2015

15. Beguerie JR (2015) The history of dermatology, venereology, and dermatopathology in different countries – Argentina. Glob Dermatol 2: doi: 10.15761/GOD.1000S004
16. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-plan-accion-eliminacion-lepra-lac.pdf>.
17. Bratschi MW, Steinmann P, Wickenden A, Gillis T. Current knowledge on Mycobacterium leprae transmission: asystematic literature review. Lepra Rev (2015) 86, 142–155.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS) Guía para la Eliminación de la Lepra como problema de Salud Pública.[internet].1ª ed. Suiza: OMS; 2000. Disponible http://www.who.int/lep/resources/Guide_S.pdf.
19. WHO Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion 2016,91,405-420
20. Programa Nacional de Control de la Lepra Paraguay disponible en:www.vigisalud.gov.py/documentos/30-06-2016.
21. Programa Nacional de Control de la Lepra Paraguay disponible en:www.vigisalud.gov.py/documentos/30-06-2016.
22. Coordinación Nacional de Lepra y Enfermedades en Eliminación (CGHDE) SVS/MS Brasil junio 2016.
23. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010 Keurilene Sutil de Oliveira, Jhenifer de Souza, Regiane Bezerra Campos Adriana
24. Pautas sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Lepra. <http://www.msal.gov.ar> Versión en revisión 2017.
25. Actualización Confederal de lepra 2015 Junio 2015. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
26. Roginski, Sandra Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Misiones Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. Maestría en salud pública y Enfermedades Transmisibles. Lepra en la Zona Norte de la provincia de Misiones. Estudio de casos y convivientes. Posadas 2017.
27. Análisis de la Situación de Salud (ASIS 2014) PDF Elaborado por: Sala de Situación. Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones.
28. Ministerio de salud de la Provincia de Misiones. Programa Provincial de Formación de agentes sanitarios. Distribución geográfica de Promotores de Salud por Zonas y Áreas Programáticas <https://salud.misiones.gob.ar/programa-provincial-de-formacion-de-agentes-sanitarios/>
29. Confederal de lepra 2017 Reunión en el Ministerio de Salud de la Nación con los referentes provinciales. Buenos Aires Argentina junio 2017
30. Boletín de vigilancia Pcia de Misiones. Programa Pcial de Lepra - 2012 disponible en www.misionesalud.com.ar
31. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2010. web INDEC- Población/Censos/Censo2010. www.indec.gov.ar
32. Análisis de la Situación de Salud (ASIS 2014) PDF Elaborado por: Sala de Situación. Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones.

33. Le goff, J. y Truong, N. (2005), Una historia del cuerpo en la Edad Media, Buenos Aires, Paidós, pp. 91-92
34. Quiroga, M. (1964), Historia de la Lepra en Argentina, Buenos Aires, Academia Nacional de Medicina, p. 25.
35. Molinari, I. (2005), Los 'Desheredados de la vida': el primer sanatorio-colonia para enfermos de lepra, Revista de Historia, (1), 169-184.
36. Miranda, Marisa; Vallejo, Gustavo. Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico-legal en Argentina. **Asclepio**, [S.l.], v. 60, n. 2, p. 19-42, dec. 2008. ISSN 1988-3102. Disponible en: <<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/256>>. Fecha de acceso: 15 jan. 2019
37. Baliña PL (1926) Sobre la Manera de Llevar a la Práctica de la Ley Nacional Antileprosa. La Prensa Médica Argentina 19: 627-632.
38. Greco N (1942) Baldomero Sommer y su obra. Sem med. Buenos Aires 21: 3-55.
39. Dr. Raúl Valdez. Jefe del servicio de Dermatología. Hospital Universitario Austral. <https://www.hospitalaustral.edu.ar/2016/01/La-situación-de-la-lepra-en-la-argentina/>
40. Pautas sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Lepra. <http://www.msal.gov.ar> Versión en revisión 2017.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS) Guía para la Eliminación de la Lepra como problema de Salud Pública.[internet].1ª ed. Suiza: OMS; 2000. Disponible en: http://www.who.int/lep/resources/Guide_S.pdf
42. José R. Gómez, Fátima Moll, Director Médico Sanatorio Fontilles, Lepra: enfermedad olvidada. Situación actual y trabajo sobre el terreno. 2004.
43. WHO Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion 2016,91,405-420
44. Global leprosy strategy 2016–2020: accelerating towards a leprosy-free world. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2016. Available at: http://www.wpro.who.int/leprosy/documents/globalleprosy_strategy2016-2020.pdf.
45. Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra Versión preliminar 2012 Ministerio de salud de la Nacion. Disponible en: www.msal.gov.ar
46. Boletín Epidemiológico Argentina MSN.2013 disponible en www.msal.gov.ar
47. Spicker, Paul, Desarrollo de indicadores: problemas en el uso de datos cuantitativos sobre pobreza, Volumen 32, Número 4, 1 de octubre de 2004, pp. 431-440 (10) <https://doi.org/10.1332/0305573042009499>.
48. Coordinación Nacional de Lepra y Enfermedades en Eliminación (CGHDE) SVS/MS Brasil junio 2016.

49. Resumen de gestión. Servicio de Estadísticas Hospital Samic Eldorado.
50. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010 Keurilene Sutil de Oliveira, Jhenifer de Souza, Regiane Bezerra Campos Adriana
51. Erving Goffman, Estigma, la identidad deteriorada. Amorrortu editores. Bs. As. Madrid. 10ª reedición año 2006.
52. Carvalhal Frazao Correa. Aspectos epidemiológicos , clínicos y operacionales de portadores de hanseníase atendidos en un servicio de referencia del estado de Maranhao .Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Vol 45 no1. Uberaba Jan/feb.2012
53. “Manual de Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra” Ministerio de salud de la Nación.2017.
54. Delisle Griñán Ana Esmérida, beaux Martínez Mislav, Cano Reyes Josefina, Selva Capdesuñer Ana, Revés Sigler Lucila. Modificación de conocimientos sobre lepra en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Ago 17] ; 15(6): 745-753. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600004&lng=es
55. Ministerio de salud de la Provincia de Misiones. Distribución geográfica de Promotores de Salud por Zonas y Áreas Programáticas <https://salud.misiones.gob.ar/programa-provincial-de-formacion-de-agentes-sanitarios/>
56. Montenegro Valera Isora, Prior García Ada de las Mercedes, Uribe-Echeverría Delgado Aida Iris, Durán Marrero Kárel. Conocimientos de la población sobre lepra. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 Dic [citado 2019 Ago 31] ; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400009&lng=es.
57. Montenegro Valera Isora, Prior García Ada de las Mercedes, Uribe-Echeverría Delgado Aida Iris, Soler Cárdenas Silvio Faustino, Durán Marrero Kárel. Conocimientos de los médicos de familia sobre lepra. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 Sep [citado 2019 Ago 17] ; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300007&lng=es
58. Ministerio de salud de la Provincia de Misiones. Distribución geográfica de Promotores de Salud por Zonas y Áreas Programáticas <https://salud.misiones.gob.ar/programa-provincial-de-formacion-de-agentes-sanitarios/>

15. ANEXOS

ANEXO 1:

ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA LEPRA EN AGENTE SANITARIOS.

Edad:

Nombre:.....

Sexo:.....

Población:.....

Función:

1 Vacunadores,..... 2 Agentes de salud..... 3 otros.....

Nivel de estudios:

1. Primaria..... 2. Secundaria.....

3. Terciario..... 4. Universitario.....

Sabe lo que es la lepra

No.....

Si.....

Descríbala.....

Sabe cómo se contagia

No.....

Si.....

Como.....

Sabe qué la causa

No.....

Si.....

Qué?.....

Sabe las complicaciones que puede causar la lepra

No.....

Si.....

Indique cuales.....

Sabe cómo se trata

No.....

Si.....

Indique como.....

Sabe cuánto dura el tratamiento?

No.....

Si.....

Cuanto.....

Ha visto algún paciente con lepra

No.....

Si.....

Número aproximado.....

ANEXO 2:

**ENCUESTA N° 2 SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA
LEPRA EN AGENTE SANITARIOS. Post capacitación.**

Sabe que es la lepra

No.....

Si..... Descríbala

Sabe cómo se contagia

No.....

Si..... Como.....

Sabe quié la causa

No.....

Si..... Qué?.....

Sabe las complicaciones que puede causar la lepra

No.....

Si..... Indique cual.....

Sabe cómo se trata

No.....

Si.....

Indique como.....

Sabe cuánto dura el tratamiento

No.....

Si.....

Cuanto.....

Ha visto algún paciente con lepra

No.....

Si.....

Número aproximado.....

ANEXO 3:

Encuesta a los agentes sanitarios que hicieron seguimiento de pacientes y que han recibido capacitación.

1- Lugar de trabajo (ciudad):

2- Ha visto al paciente? caps. domicilio

3- A que distancia se encuentra en km.

4- El paciente trabaja? si no

5- Tiene beneficio social? si no

6-Cuál es su situación socioeconómica

Media pobre indigente

7- Nivel de estudios del paciente

P.i. P.c. S.i. S.c.

8- El paciente mejora con la medicacion?

si no

71

9- Ha detectado algun paciente mas dentro del grupo familiar?

si no

10-Conoce que tipo de lepra tiene?

si no

11-El conviviente tiene manchas en la piel?

Si no

12-Hay una red de traslado al hospital de referencia?

Si No

13-Es accesible y rápido

si no

14- Donde retira la medicación?

Hospital Caps. Recibe en el domicilio

ANEXO 4:

MATERIALES DE INFORMACION:



La lepra causa insensibilidad en la piel. **Seamos sensibles a esta enfermedad.**

• El cuidado diario de las manos ayuda a prevenir las secuelas físicas que pueden producirse por la falta de sensibilidad.



¿Cómo proteger las manos?

- Las heridas por lo general ocurren en la cocina, cuando se lava la ropa o cuando se utilizan mangos incómodos o cortantes.
- Antes de realizar cualquier actividad, revise cada elemento que va a utilizar, para detectar astillas, clavos o cualquier fuente de roce que pueda lastimar la piel.
- En la cocina o ante cualquier fuente de calor, ayúdese con apantallados o mangos de maderas. Nunca acarce las manos al fuego.
- Encienda el fuego con fósforos largos.
- El cuidado de la piel y su humectación diaria son importantes a fin de evitar fisuras y úlceras cutáneas.

¿Cómo prevenir lesiones?

La lepra provoca lesiones en la piel, los nervios periféricos y los ojos.

La lesión de los nervios provoca sequedad, disminución de la sensibilidad y debilidad muscular en las manos, los pies y los ojos.

La piel insensible no percibe el dolor, el calor y el frío. Las manos, los pies y los ojos, al no sentir, pueden sufrir traumatismos que si no se cuidan pueden generar discapacidades.

Las lesiones de las manos, los pies y los ojos pueden prevenirse revisándolos todos los días.



Consejos
para el cuidado de las
personas con
lepra

Programa Nacional de Control de Lepra
Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fátala Chabon"
Av. Paseo Colón 566 2.º Piso, Oficina 205, CABA
Teléfono: (54 11) 4331-4010 ext. 205
Mail: programpar@inpa.gov.ar

República Argentina
www.argentina.gob.ar
Avenida 5 de julio 1521 - Buenos Aires - Argentina



ARGENTINA
UN PAÍS CON BUENA GENTE



La Lepra es una enfermedad poco contagiosa que afecta las mucosas, la piel y los nervios periféricos.

Ante la aparición de una mancha localizada en cualquier parte de la piel que presente falta de sensibilidad, consulte a su médico.

El diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz, conducen a la curación sin secuelas.

El tratamiento es ambulatorio y gratuito en todos los centros de salud y hospitales públicos del país.

Una mancha sin sensibilidad puede ser síntoma de lepra.

Mitos sobre la lepra

La lepra es una enfermedad erradicada.

FALSO. Según la OMS existen más de 213.000 personas afectadas, principalmente en Asia y África, y en nuestro país se detectan aproximadamente entre 300 y 400 casos por año. Para evitar nuevos casos es importante diagnosticarla de forma temprana.

La persona que padece lepra debe ser aislada ya que la enfermedad es muy contagiosa.

FALSO. Antes se recluía a los enfermos en leprosalarios. Desde hace tiempo existen medicamentos muy eficaces que permiten que el tratamiento sea ambulatorio. Además hoy se conoce que la lepra es de difícil contagio.

Una persona enferma de lepra no puede trabajar.

FALSO. El enfermo de lepra puede realizar una vida completamente normal. Una vez iniciado el tratamiento puede trabajar sin ningún tipo de consideración especial.



ARGENTINA
UN PAÍS CON BUENA GENTE



¿Qué es la lepra?

Esta infección es curable y poco contagiosa. Ataca principalmente la piel y las formaciones nerviosas del cuerpo. Las formas más graves pueden comprometer nariz y otros órganos como los ganglios, el hígado, el bazo, etc.

El contagio se genera por el contacto directo y prolongado entre un paciente enfermo no tratado y una persona sana susceptible a la lepra. En este sentido, el 80% de las personas poseen defensas naturales contra esta enfermedad.

La vía de transmisión principal son las secreciones respiratorias, destacando que no se trata de una enfermedad hereditaria. El tratamiento es ambulatorio y gratuito en todos los centros de salud y hospitales públicos del país.

Los síntomas de la lepra pueden tardar hasta 20 años en aparecer e incluyen:

- Lesiones cutáneas que son más oscuras que el color normal de la piel.
- Lesiones que presentan disminución de la sensibilidad al frío, al calor o al dolor.
- Lesiones que no sanan después de algunas semanas o meses.
- Debilidad muscular.
- Alteraciones de la sensibilidad en manos, brazos, pies y piernas.

Por todos estos razones es necesario cuidar bien las heridas, ampollas y lastimaduras tanto en pies como en manos y ojos, para evitar secuelas físicas.

¿Cómo proteger los pies?

- Para evitar cualquier lesión use **almohadillas plantares** y calzado **cerrado y de suela dura**.
- No utilice zapatos fijos ni chicos ya que estos lastiman.
- Durante las caminatas, **descanse** y revise sus pies en busca de lastimaduras o ampollas.
- Si existen úlceras, es necesario el **reposo** para lograr su curación y cubrílas con apósitos limpios y húmedos.
- Busque todos los días enrojecimientos, ampollas, heridas o lastimaduras. Si no logra observarse directamente, utilice un espejo.
- Revise las medias diariamente en busca de manchas que indiquen la presencia de lastimaduras.



• El pie insensible **sufre traumatismos** que pueden originar **úlceras** y posteriores complicaciones.



¿Cómo proteger los ojos?

• **Revise todos los días los ojos** para detectar la presencia de traumatismos e infecciones.

- **Ante cualquiera de los siguientes síntomas**, consulte de forma urgente a su médico: dolor, fotofobia (rechazo a la luz), visión borrosa, disminución de la capacidad visual, ojos rojos y/o secos.
- Use anteojos oscuros que reduzcan la luz y protejan a los ojos de posibles daños.
- Utilice **lágrimas artificiales**, especialmente durante el sueño, para evitar el resacasamiento.
- Si sus ojos no sientan dolor, molestias o presencia de cuerpos extraños, cubralos con parches, especialmente durante la noche.
- Si usted no puede cerrar ni abrir los ojos, realice todos los días el siguiente ejercicio: intente cerrar fuertemente los ojos manteniéndolos apretados (contando hasta 5 en forma lenta) aproximadamente 10 veces al día.