

11226

23

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO E INVESTIGACIÓN.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA HOSPITAL B DEL ISSSTE, LOS MOCHIS, SIN.

UNA PROPUESTA DE ENTREVISTA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE LA LEPROA EN DERECHOHABIENTES DE LA
CLÍNICA HOSPITAL B DEL ISSSTE

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR



ISSSTE

DR. JESÚS CAUDILLO GINÉS

1999

TESIS CON

1407



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

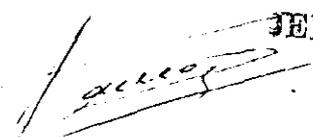
Presenta:

Dr. JESÚS CAUDILLO GINÉS

**UNA PROPUESTA DE ENTREVISTA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE LA LEPRO EN DERECHOHABIENTES DE LA
CLÍNICA HOSPITAL B DEL ISSSTE**

AUTORIZACIONES

ISSSTE
CLINICA HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES ZONA NORTE
SINALOA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



DR. JOSÉ FRANCISCO ENRÍQUES FRÍAS

**Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales en Los Mochis, Sinaloa**



DR. SAÚL CRUZ OSUNA
Asesor de Tesis



DRA. LETICIA ESNARRIZAR JURADO
Jefa del Departamento de Medicina Familiar
Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE

Los Mochis, Sinaloa, enero de 1996

**UNA PROPUESTA DE ENTREVISTA CLÍNICA PARA
LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA LEPROA
EN DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DR. JESÚS CAUDILLO GINÉS

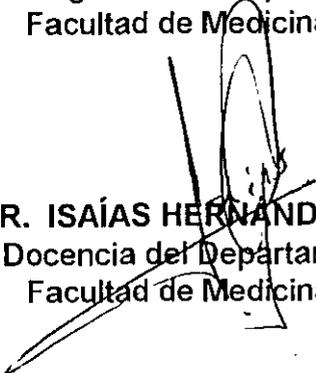
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.

ÍNDICE

	PAG.
TÍTULO	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVO	8
HIPÓTESIS	9
METODOLOGÍA	10
TIPO DE ESTUDIO	11
INFORMACIÓN A RECOLECTAR	12
PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	13
CONSIDERACIONES ÉTICAS	15
RESULTADOS	16
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

MARCO TEÓRICO

La lepra es una enfermedad infecto- contagiosa, crónica, poco transmisible, con manifestaciones esencialmente en piel y nervios periféricos, puede ser sistémica cuya etiología es el *Mycobacterium leprae*. (1).

El *Mycobacterium leprae* es un bacilo ácido alcohol resistente que crece de manera muy lenta. Es un patógeno obligado para seres humanos, y la transmisión del bacilo es por contacto directo y prolongado con individuos que diseminan un gran número de bacilos por lesiones cutáneas abiertas o en el moco nasal. No crece en sistemas de cultivo libre de células y se puede detectar sólo mediante tinción ácido-resistente del tejido infectado (2).

Se calcula que existen más de 12 millones de enfermos en el mundo especialmente en África y Asia. En América existe desde el sur de E.U. hasta Argentina.

En México los estados de Sinaloa, Guanajuato, Jalisco, Colima y Michoacán son los más afectados. (3)

La lepra debería diagnosticarse correctamente en su fase inicial, antes de que los nervios sufran daños irreversibles.

El diagnóstico y tratamiento eficaz de la lepra puede ser una de las experiencias más gratificantes de la práctica médica.

Son signos tempranos, entre otras, una o pocas máculas planas (de color más claro) sobre la piel que ha perdido la sensibilidad para el tacto, calor o dolor; falta de sudoración, a veces sin vello. (4)

Se destacó un periodo pre-diagnóstico o tiempo entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico; pasando inadvertido signos precoces. Se diagnostica en su mayoría después de los diez años de edad; las manchas son el signo inicial más común. (5)

Existen dos tipos de lepra: lepromatosa y tuberculoide, con características clínicas definidas, y dos grupos de casos: indeterminado y dimorfo con manifestaciones temporales y que, viran hacia alguno de los dos tipos.

- a) Tipo lepromatoso. Es progresivo, sistémico, transmisible. Tiene dos formas clínicas: nodular y difusa. La nodular presenta lesiones cutáneas, típicos nódulos. La difusa presenta infiltración generalizada con aspecto de cara de "luna llena"; en ambas se afecta la mucosa nasal, epistaxis frecuentes y en anexos alopecia en cejas y pestañas.
- b) Tipo tuberculoide. Manifestaciones solo en piel y nervios periféricos; placas anestésicas y eritematosas en piel; neuritis asimétrica y anestesia como principal trastorno de la sensibilidad.

c) Caso indeterminado. Manchas hipocrómicas, anhidróticas y anestésicas en cualquier parte del cuerpo, preferentemente en glúteos, tronco, cuello y miembros superiores e inferiores.

d) Caso dimorfo. Pueden existir lesiones en mucosa y otros órganos o alopecia; en piel placas eritematosas con trastornos de la sensibilidad.

e) Clasificación Sanitaria.

Multibacilar (MB) lepromatosos y dimorfos.

Pausibacilar (PB) tuberculoide, indeterminados.

En nuestro país la lepra es un problema de salud pública por su elevada frecuencia y distribución irregular, pero fundamentalmente debido a las deformidades que produce en los enfermos si no son atendidos en su fase temprana y que conduce a secuelas incapacitantes con repercusión social y económica.

La O.M.S. define prevalencia de lepra: “un caso de lepra es una persona que muestra signos clínicos de lepra con o sin confirmación bacteriológica”

Dieciocho entidades del país presentan endemia alta 93% de los casos; entre ellos, Sinaloa con 2838 casos, tasa 11.7 correspondiendo al 17% y ocupando el segundo lugar de prevalencia en 1989.

En marzo de 1994, Sinaloa presentó 1659 casos tasa de 7.0, siendo la mayor de toda la república.(6)

Desde 1988, la Coordinación General de Salud del Gobierno del Estado de Sinaloa, toma a su cargo el programa de lepra con actividades permanentes en cada una de las Jurisdicciones sanitarias.

La Jurisdicción Sanitaria No.1 (Ahome, El Fuerte, Choix) del norte del estado forma parte endémica de la enfermedad, reportando 351 casos hasta el 30 de noviembre de 1993. (7)

Esta misma jurisdicción tiene registrados 31 nuevos casos del 10 de enero al 31 de diciembre de 1994.(8).

En la clínica hospital ISSSTE de los Mochis, no se tiene registrado o diagnosticado un solo caso a través de la consulta externa; sin embargo existen 12 pacientes con lepra, derechohabientes de esta institución del ISSSTE , registrados por la Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria No. 1. (9)

En los últimos tiempos para atender a un paciente con lepra es necesario contar con tres medicamentos; la sulfona, la rifampicina y la clofazimina.

En la Secretaría de Salud se cuenta con los tres medicamentos básicos, resaltando sin embargo la notificación temprana de enfermos.(10)

Las acciones actuales en nuestro medio tienden a considerar la eliminación de la lepra como problema de Salud Pública incorporando todas los casos a la poliquimioterapia, recomendándose la búsqueda de sospechosos entre los contactos de los enfermos con lepra, entre los que consultan un servicio de salud y a través de exámenes a grupos de población.

Los criterios para diagnóstico son:

1. Interrogatorio y examen físico.
2. Bacteriológico (baciloscopia)
3. Histopatológico (biopsia). (6)

Algunos autores de diversos países han utilizado diferentes métodos para el diagnóstico temprano de lepra, como son pruebas serológicas mediante la aplicación de glucolípido phenóloco-1 (Pgl-1) ; búsqueda de anticuerpos anti-Pgl -1, método de ELISA y reacción de Mitsuda (11-12)

Una de las principales limitaciones para el éxito del control epidemiológico de la lepra es carecer de un método de diagnóstico en etapas subclínicas por lo que algunos autores proponen uso de reacción en cadena de polimerasas (PCR) en diferentes tejidos (sangre, linfa, secreción nasal y pelo) en sospechoso de lepra (13).

Asimismo la aspiración citológica con aguja de un nervio aferente puede ser una herramienta de valor diagnóstico (14); el desarrollo inmunopatológico de antígeno lipo arabinomana (LAM-B) para casos iniciales (15); o bien reforzamiento a los métodos clásicos para la detección de *Mycobacterium leprae* en formaldeido estable e impregnación de parafina en tejidos (16).

Histológicamente se han realizado pruebas diagnósticas sobre ramas nerviosas a través de una técnica de inmuno peroxidasa para proteína S-100 para detectar al *Mycobacterium leprae* (17).

No es sencillo en algunos casos diagnosticar tempranamente la enfermedad, ya que algunos autores señalan que el lugar o área donde viven pueden retrasar la aparición de los primeros síntomas con intervalos hasta de cuatro meses.(18).

No son amplios los estudios en niños, pero se han realizados estudios clínicos bacteriológicos en edad de 11 a 16 años mediante pruebas genéticas para el diagnóstico y su correlación con la descripción clínica, siendo más frecuente la PB , lepromin positiva (19).

Es importante, sin embargo, mencionar lo característico de las recaídas en la enfermedad, conociéndolas como la presencia de nuevos signos y síntomas de la enfermedad durante el periodo de vigilancia de pacientes que completaron su tratamiento múltiple . Ocurre más frecuente ante una mala terapia, presencia de otras enfermedades, tratamiento esteroideo, depresión mental, etc., para ello debe reconocerse y diagnosticar oportunamente para ofrecer una terapia de seis meses a dos años que recomienda la OMS (20-21).

Estudios más recientes demuestran mediante la técnica de inmunoperoxidasa para detección de antígenos de Mycobacteria en casos de lepra indeterminada (22), o bien pruebas de aglutinación de partículas en gelosa (MLPA) considerada simple y factible para el diagnóstico de lepra (23).

Debido a las múltiples lesiones que esta enfermedad causa a otros órganos así como la discapacidad de manos y pies, pacientes atendidos en otras especialidades médicas, les fue reconocida la lepra, por lo que las acciones del programa de control de lepra también deben orientarse a su detección temprana en personas con discapacidad de manos, pies y lesiones oculares (24-25).

La OMS nos hace un llamado para disminuir la prevalencia de lepra a una tasa de 1 x 10,000 habitantes como meta para el año 2000. (26).

Esta recomendación nos obliga a instrumentar medidas que podamos cumplir, ya que con anterioridad hago referencia a la incidencia del padecimiento en algunos estados de la República en la que estamos incluidos, sin embargo, la situación de crisis económica y su repercusión en el Sector Salud nos pondría en la imposibilidad de la atención clínica, hospitalaria, histopatológica, la realización de estudios como los que se mencionaron así como el tratamiento por los altos costos que de ello deriva. Por esta razón, el estudio que se propone, situado en el área epidemiológica, coadyuvará en el diagnóstico temprano de esta enfermedad .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad Médica del ISSSTE en Los Mochis, Sinaloa, en la consulta diaria no se cuenta con instrumento de detección oportuna de pacientes con lepra.

La morbilidad de esta enfermedad en el ISSSTE de los Mochis, Sinaloa, se reporta como cero casos, sin embargo la Jurisdicción Sanitaria No. 1, a través del programa de prevención y control de lepra, reporta pacientes enfermos derechohabientes del ISSSTE. (9).

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los programas de control de lepra de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de la Secretaría de Salud , son responsables del control epidemiológico de los pacientes, las funciones que realizamos los médicos de las diferentes instituciones de salud en la región, en nuestra consulta diaria, es canalizar a todos aquellos pacientes que presentan cuadro clínico evidente o que refieren contacto con familiares enfermos, es decir, se cumple con la atención clínica médica y se ofrece el tratamiento, sin embargo los esfuerzos son limitados y costosos por falta de estudios epidemiológicos que facilitan la detección inicial del padecimiento, lo que evitaria el alto costo en el deterioro del organismo y la posibilidad de convertirse en transmisores, ocasionando un problema de salud pública.

Tomando en consideración que la lepra es un problema de salud pública en el país y Sinaloa se requiere una mayor participación de los médicos de primer nivel que coadyuve al éxito del programa de control de lepra de la Jurisdicción Sanitaria No.1

La entrevista clínica diagnóstica, como instrumento de la detección oportuna será considerada una buena opción con que los médicos de primer nivel de atención, contarán como herramienta para contrarrestar esta terrible enfermedad.

OBJETIVO

Conocer la utilidad de un instrumento- Entrevista Clínica- para la detección oportuna de la lepra de los pacientes que acuden a la consulta externa de la clínica del ISSSTE en Los Mochis, Sinaloa.

HIPÓTESIS

El uso de la entrevista clínica que se propone utilizar en los pacientes que acuden a la consulta externa coadyuvará a la detección temprana de pacientes con lepra.

Variables:

Independiente: aplicación de la entrevista clínica a pacientes de consulta externa.

Dependiente: detección oportuna de lepra.

METODOLOGÍA

Para validar la hipótesis planteada se tomó como unidad de observación los pacientes de consulta externa de mi población que me fueron asignados durante el periodo de 6 meses (Junio – noviembre de 1995), de un total de 1000, tomé como muestra representativa a 201 en forma aleatoria con los siguientes **criterios de inclusión:**

- Ser derechohabiente
- Mayor de diez años de edad
- Acuda por primera vez al estudio
- Aceptar ser entrevistado
- No ser portador de lepra.

Como técnica de investigación se utilizó la entrevista clínica, estructurada, de preguntas cerradas.

TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL

TRANSVERSAL

PROSPECTIVO

NO COMPARATIVO

INFORMACION A RECOLECTAR

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Medición
Manchas hipocrómicas	VI	Dicromía que consiste en cambio de coloración de la piel por disminución del pigmento	Presencia de manchas blancas	Si ___ No
Hipoestesia	VI	Disminución de la sensibilidad de la región inervada por el tronco afectado	Partes muertas o entumidas	Si ___ No
Alopecia de cejas y pestañas	VI	Afección que engloba caída de pelo en cejas y pestañas	Caída de cejas o pestañas	Si ___ No
Anhidrosis	VI	Pérdida de la función de las glándulas sudoríparas de la región afectada	Partes del cuerpo que no sudan	Si ___ No
Basiloscopia	VD	Estudio para búsqueda intencionada de bacilos ácido alcohol resistente	Toma de linfa por forcipresión isquemiante con herida en el lóbulo de la oreja	Indice Bacteriológico (IB) + o- + o -
Mitsuda	VD	Intradermorreacción con lepromina (antígeno obtenido de lepromas humanos o armadillo)	Aplicación subdérmica del antígeno y lectura a los 21 días	
Biopsia	VD	Estudio dermatológico que consiste en obtener un fragmento de un tejido vivo para examinarlo en microscopio	Toma de un fragmento de lesión mediante incisión para estudio histopatológico	Presencia de bacilos en cels. de la lesión + ausencia
Edad	UNIV.	Lo que se refiere al paciente	Lo mismo	Cuantitativa
Sexo	UNIV.	Lo que se refiere al paciente	Lo que se encuentra a la exploración física	Nominal
Ocupación	UNIV.	Lo que se refiere al paciente	Lo mismo	Nominal
Origen	UNIV.	Lo que se refiere al paciente	Lo mismo	Nominal

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se efectuó entrevista clínica a través de un formato **que propongo** y que a continuación se anexa, en la consulta externa de medicina general (familiar) de la Clínica Hospital del ISSSTE en Los Mochis, Sinaloa.

Formato DOL (detección oportuna de lepra).

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO M F CED. _____
DOMICILIO _____

Ocupacion _____
ORIGEN _____
FECHA _____

SIGNO O SINTOMA

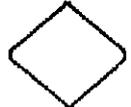
MANCHAS BLANCAS (MACULAS HIPOCROMICAS)
PARTES MUERTAS O ENTUMIDAS (PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD)
CAIDA DE CEJAS O PESTANAS (ALOPESIA)
PARTES DEL CUERPO QUE NO SUDAN (ANHIDROSIS)

SI (40) NO (0)

SI (20) NO (0)

SI (20) NO (0)

SI (20) NO (0)

TOTAL 

TOTAL O TERMINA ESTUDIO

20 O MAS PASA A C. EXTERNA

Dx. DIFERENCIAL _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS (SOSPECHOSO, 50 O MAS)

BACILOSCOPIA
MITSUDA
BIOPSIA

Dx. DEFINITIVO _____

CONSULTA EXTERNA

LUGAR _____
HORARIO _____

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se basa en:

Acuerdos de Helsinki (27)

Reglamentos de investigación de la Secretaría de Salud (28)

Reglamento de Investigación del I.M.S.S. (29)

Reglamento de Investigación del I.S.S.S.T.E. (30)

RECOLECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS (RESULTADOS)

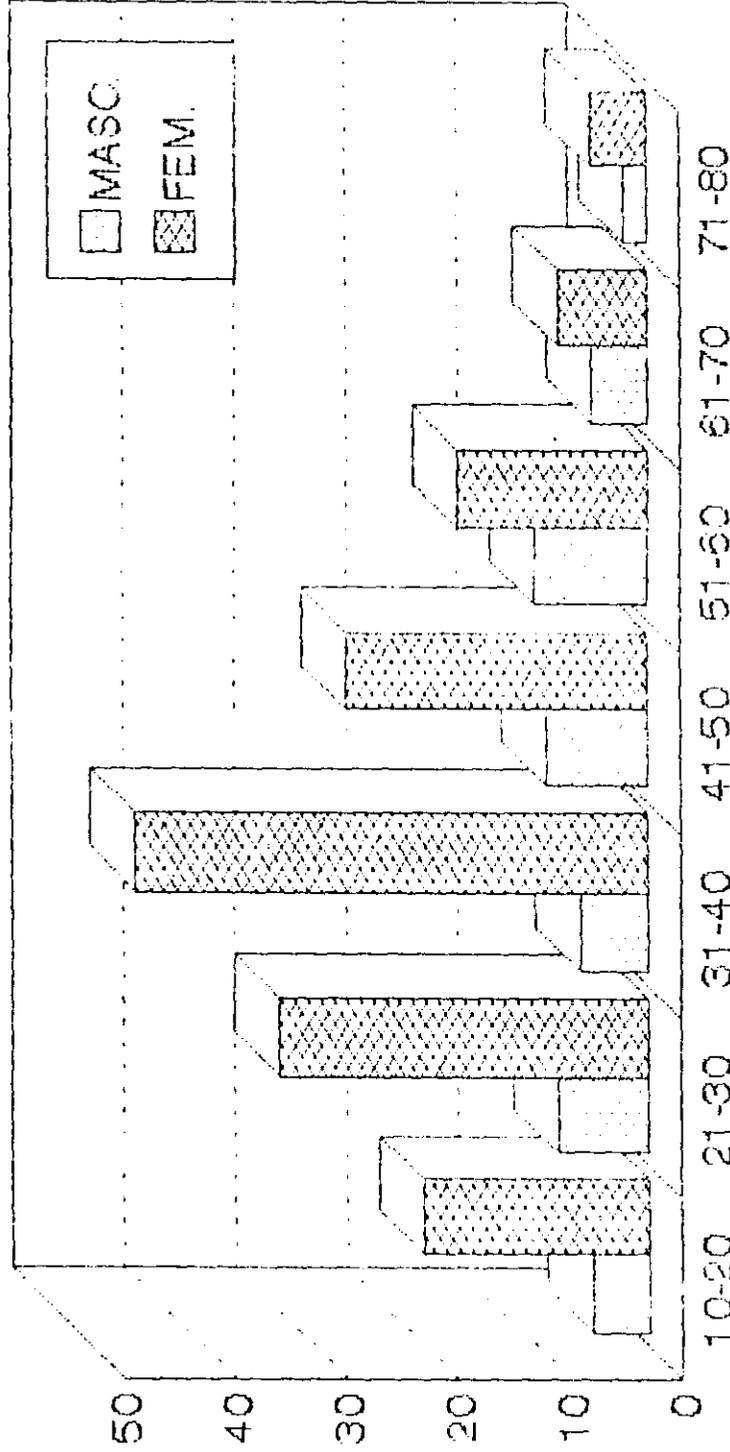
Después de aplicar la entrevista clínica a la muestra seleccionada, se obtuvieron los siguientes datos, los que se presentan a través de las siguientes gráficas.

figura 1

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

No. DE PACIENTES



	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
MASC.	5	8	6	9	10	5	2
FEM.	20	33	46	27	17	8	5

GRUPOS DE EDAD

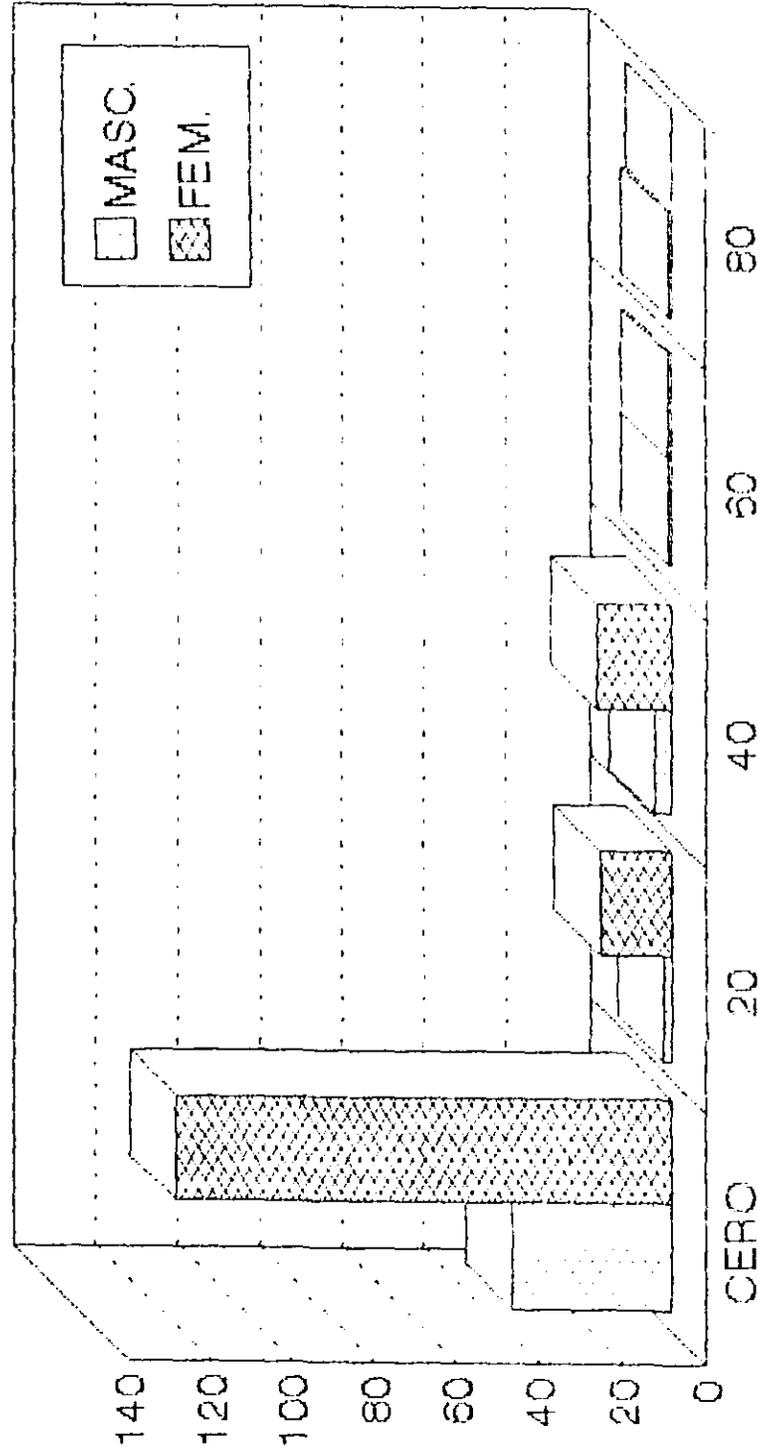
NICA DE ESPECIALIDADES. ISSSTE, LOS MOCHIS

figura 2

INTUACION DEL FORMATO DOL EN GRUPOS Y SEXO

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

No. DE PACIENTES



MASC.	38	2	4	1	1
FEM.	120	17	18	1	0

PUNTUACION (DOL)

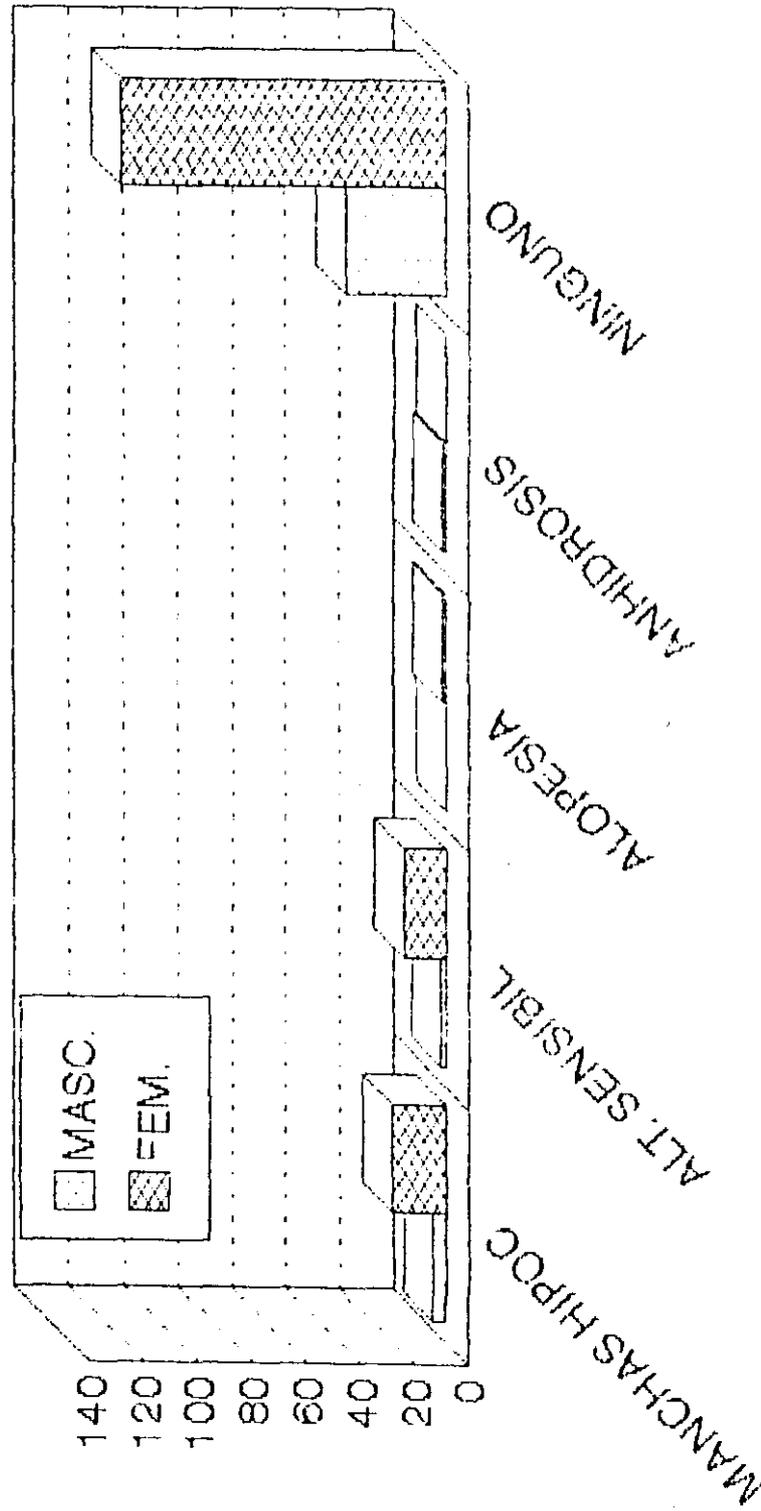
NICA DE ESPECIALIDADES. ISSSTE, LOS MOCHIS

figura 3

SIGNOS Y SINTOMAS (FORMATO DOL) SEGUN SEXO

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

No. DE PACIENTES



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

MASC.	5	2	0	1	37
FEM.	20	16	1	0	120

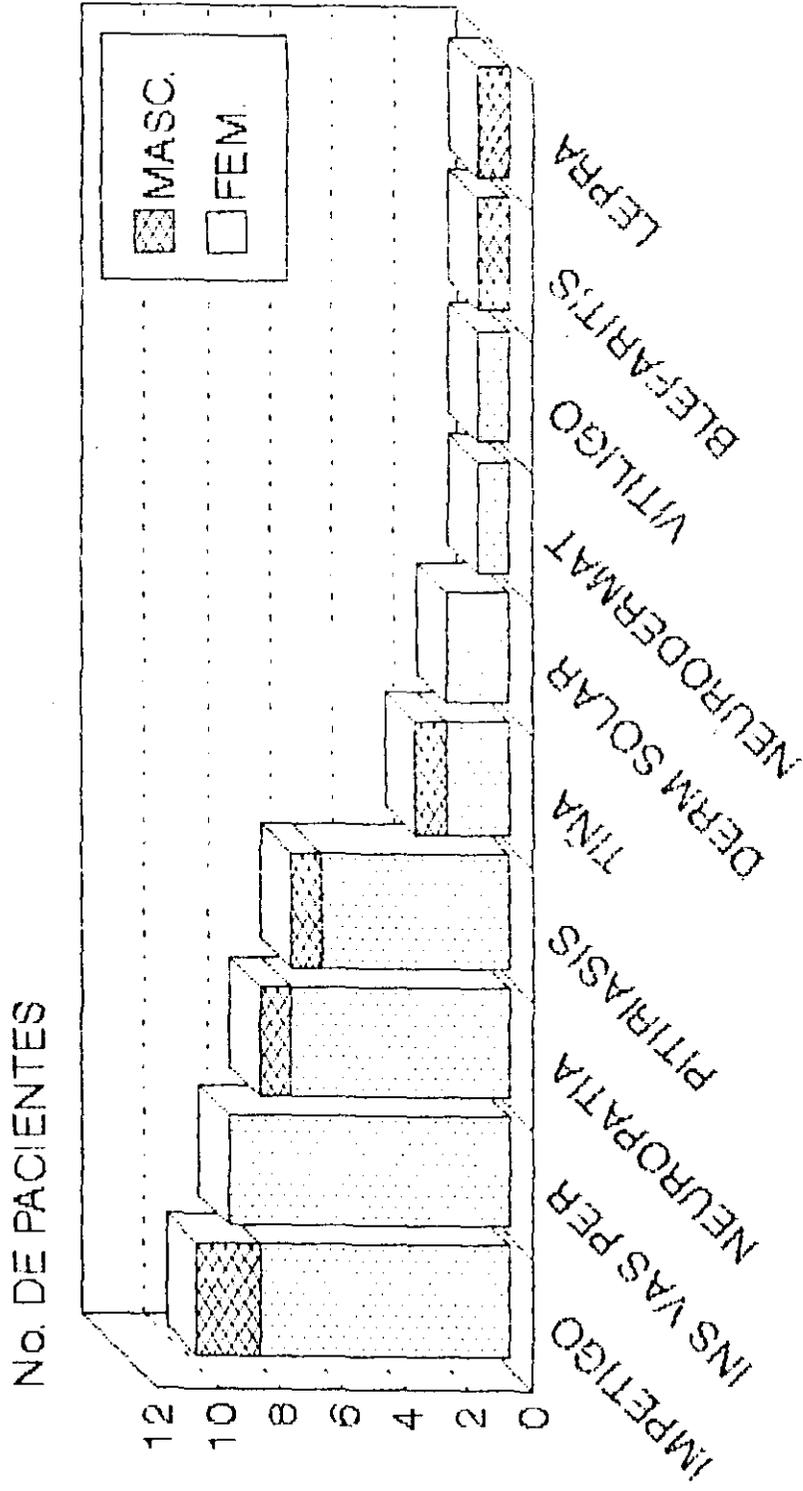
SIGNOS Y SINTOMAS PUNTUACION (DOL)

ICA DE ESPECIALIDADES. ISSSTE, LOS MOCHIS

figura 4

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR



MASC.	2	0	1	1	1	0	0	1	1
FEM.	8	9	7	6	2	2	1	1	0

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

CLINICA DE ESPECIALIDADES. ISSSTE, LOS MOCHIS

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

De aproximadamente 1000 derechohabientes que acudieron a la consulta externa por primera vez en el lapso del estudio, 201 fueron incluidos, es decir, 20.1%, de éste grupo 156 fueron mujeres (77.6%) y 45 hombres (22.4%).

El rango de edad fue de 10 a 80 años, predominando el grupo de 31 a 40 años de edad (25.6%), predominando el sexo femenino en todos los grupos de edad (fig. No. 1).

El formato de entrevista aplicado para la detección oportuna de lepra, contenía el registro de puntuaciones dependiendo de la presencia de elementos clínicos iniciales de la enfermedad. De las 156 mujeres, 120 tuvieron puntuación de cero (76.9 %), 18 calificaron con 40 puntos (11.5%), 17 calificaron con 20 puntos (10.9%) y solo un caso obtuvo la puntuación de 60 puntos (0.6%). De los 45 hombres, 38 tuvieron la puntuación de cero (88.4%), 4 calificaron 40 puntos (8.8%), 2 calificaron 20 puntos (4.4%), un caso con calificación de 60 puntos y otro con la máxima calificación de 80 puntos (2.2%) (fig. 2).

En ambos grupos hubo presencia de manifestaciones clínicas; del total de 45 casos, 25 fueron manchas hipocrómicas (55.5%), 18 tuvieron trastornos de sensibilidad (40%); solo un caso presentó alopecia y otro más anhidrosis (2.0%) respectivamente. (fig. 3)

Ante la presencia de datos clínicos en 43 casos se realizaron los siguientes diagnósticos:

Impétigo en 10 casos (23.2%), Insuficiencia vascular periférica en 9 casos (20.9 %), Neuropatía periférica en 8 casos (17.7%), Pitiriasis en 7 casos (16.2 %), Tiña de la piel en 3 casos (6.9%), Dermatitis solar en 2 casos (4.6%), Blefaritis, Vitiligo y Lepra con 1 caso respectivamente (2.3%) (fig.4).

Como estudios complementarios para la confirmación diagnóstica, se efectuó en un solo caso, el que se obtuvo la máxima puntuación, biopsia y baciloscopia de piel de la oreja, las cuáles fueron positivas para la lepra.

DISCUSIÓN.

Correspondió a las mujeres de 31 a 40 años ser el mayor grupo estudiado en este trabajo, lo cual se debe a su mayor afluencia a la consulta diaria de la medicina general en esta institución; sin embargo la lepra es un padecimiento que tiene mayor predominancia en el sexo masculino en relación de 2.1 (1).

Al aplicar el formato de la entrevista que propongo, la calificación o puntuación otorgada en base a la presencia o no de datos clínicos iniciales, fue predominante en cero y uno sólo obtuvo la máxima puntuación, el cual fue positivo para la lepra. Esto demuestra la baja incidencia de signos y síntomas tempranos de esta enfermedad. (5).

Las formas principales de la lepra normalmente se desarrolla a partir de la lepra indeterminada, por lo que las manchas hipocrómicas como signo inicial son de gran importancia en el presente estudio ya que , de los 45 casos que presentaron algún signo, el que predominó fue la mancha hipocrómica; sin embargo, por esta zona de clima tropical húmedo, favorece a mayor incidencia de padecimientos dermatológicos como el impétigo y las micosis en sus diferentes formas, diagnósticos diferenciales que fueron los principales en este estudio, variables que deben ser tomadas en consideración para evitar sesgos. (3).

El examen bacteriológico y la biopsia cutánea debe realizarse a todos los pacientes sospechosos para confirmación diagnóstica, sin embargo en este estudio fue realizado a un solo caso que presentó varios datos clínicos y que finalmente fue positivo con diagnóstico de lepra indeterminada, lo que de alguna forma valida el uso de la entrevista clínica que propongo.

A los 200 pacientes restantes no se les efectuó estudios complementarios por no ser siquiera sospechosos.

Los resultados que obtuvimos no pueden compararse con proyectos anteriores, ya que no se cuenta con el referente bibliográfico para hacerlo. Otro aspecto que es necesario reiterar, es que el proyecto que se presenta, está situado en el área de un estudio epidemiológico de primer nivel de atención, se trata exclusivamente de un formato de entrevista clínica para el diagnóstico, por lo que no se puede llevar a cabo estudio comparativo de resultados con pruebas señaladas en la bibliografía presentada.

Esto no se presenta en el proyecto como un aspecto limitante, si podría tomarse como una precisión o delimitación de esta investigación.

CONCLUSIONES

El proyecto de investigación que se presenta es un estudio epidemiológico de primer nivel de atención médica, cuya perspectiva es la detección de lepra en su etapa inicial a través del uso de una entrevista clínica en pacientes de consulta externa de una clínica hospital.

Este estudio resulta rápido y sencillo para aplicarlo en pacientes que acuden a consulta por otro motivo.

El trabajo de campo nos mostró de cierta manera la validez del mismo, ya que encontramos un caso de 201 pacientes estudiados el cual fue enviado del Programa de Control de Lepra de la Jurisdicción Sanitaria No.1 del estado de Sinaloa, cuyo responsable, el Dr. Carlos Cupa R., llevó a cabo los estudios para el diagnóstico definitivo de Lepra Lepromatosa.

A través de esta forma de detección, no se pretende evitar las pruebas diagnósticas definitivas para esta enfermedad como la baciloscopia y la biopsia, sino contar con un **instrumento accesible y barato**, sin embargo, un estudio así, tendrá mejores resultados si se aplica por un tiempo más prolongado, se generalice en toda la consulta externa y en mayor número de pacientes. Cabe hacer notar que el proyecto no tiene en la región antecedente bibliográfico y por otra parte, no requiere de erogaciones económicas extraordinarias en las instituciones de salud y sí facilita la posibilidad de cumplir la recomendación que hace la Organización Mundial de la Salud referida en el marco teórico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas, R; Dermatología, Diagnóstico y tratamiento. Libros Mc Graw Hill, México, S.A. de C.V. pag. 327-344. 2da. Edición 1992.
2. Shulman, Phair, Sommers; Infectología clínica. Interamericana. Mc Graw Hill. México D.F. pags. 226-227. 2da edición 1994.
3. Saúl A. Lecciones de Dermatología. Francisco Méndez Cervantes. Editor México D.F. pag 176. 3ra. Edición. 1974.
4. Mc Dougall A.C., Yalwalkar. La lepra. Información básica y tratamiento. Ciba-geigy 2da. Edición. Basilea, Suiza. 1989.
5. Terencio de la Aguas J. Lecciones de Leprología. Editorial Soberana y Militar Orden de Malta. Pontiles, España. 1968.
6. Yañez V. L. Y Cols. Manual de procedimientos operativos para el control de lepra. Dirección General de Normas para la prevención y control de las enfermedades infecciosas y parasitarias. México D.F. Dirección General de Medicina Preventiva y SSA. Septiembre de 1994.
7. Cupa R.C. Informe anual del Programa del Control de lepra. Jurisdicción Sanitaria No. 1 SSA. Enero 1994- Diciembre 1994. Los Mochis Sinaloa.
8. Cupa R.C. Relación de enfermos de lepra. Informe anual del Programa de control de lepra. Jurisdicción Sanitaria No. 1 SSA. Enero 1994-Diciembre 1994. Los Mochis Sinaloa.
9. Cupa R.C. Relación de pacientes con la enfermedad de Hansen, tipo y estado actual I.S.S.S.T.E, Zona norte de los Mochis Sinaloa. Jurisdicción Sanitaria No. 1.SSA 1994.
10. Cupa R.C. Estado actual del tratamiento de lepra. Revista médica del Hospital Fátima. Editor Dr. Fernando Lemus Bloch. Vol.2, pag.32-37, mayo 1988.
11. Chateau-S y Cols. Low predictive value of PGL-1 serology for the early diagnosis of leprosy in family contacts: results of a 10-year prospective field study in French Polynesia. Int-J-lepr-other-Mycobact-Dis. 1993 Dec.;61 (4): 533-41.
12. Saad-HT y Cols. Use of anti-Pgl-1 antibody ELISA and the Mitsuda reacción in early diagnosis of leprosy. Braz-J-Med-biol-res. 1991;24(8); 801-5.

13. Santos- AR y Cols.: Use of the polymerase chain reaction in the diagnosis of leprosy. Department of Tropical Medicine. Oswaldo Cruz Institute, Rio de Janeiro, Brazil. *J-Med-Microbiol.* 1997 feb; 46(2):170-2
14. Theauvenet-WJ y Cols.:Cytological needle aspiration of the nerve for the diagnosis of pure neural leprosy. Mycobacterium Research Laboratory, Anandaban Hospital, Leprosy Mission International,Kathmandu, Nepal. *Int-J-Lepr-Other-Mycobact-Dis*, 1993 Dec; 61 (4): 597-9.
15. Butt-KI y Cols.: Immunopathological stain of lipoarabinomannan-B(LAM-B) for diagnosis of leprosy. Allied Hospital, Punjab Medical College, Faisalabad, Pakistan. *Nippon-Rai-Gakkai-Zsshi.* 1993 Mar; 62 (1): 13-20.
16. Nishimura-M y Cols. :Methods in pathology. An improved method for DNA diagnosis of leprosy using formaldehyde-fixed, paraffin-embedded skin biopsies. Department of Clinical Genetics, Kyushu University, Beppu, Japan. *Med-Pathol*, 1994 feb; 7 (2): 253-6.
17. Singh-N y Cols.: An evaluation of S-100 stain in the histological diagnosis of tuberculoid leprosy and other granulomatous dermatoses. Department of Pathology, University College of Medical Sciences, Delhi, India. *Int-J-Lepr-Other-Mycobact-Dis.* 1994 Jun; 62(2): 263-7.
18. De- Rojas-V y Cols. Some factors influencing delay in leprosy diagnosis. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, La Habana, Cuba. *Bull-Pan-Am-Health-Organ.* 1994 jun; 28(2); 156-62.
19. Doyal-R-y Cols. Diagnosis value of gene probes and its correlation with clinical profile of leprosy in children Department of Pediatrics, S.N. Medical College, Agra. *Indian-Pediatr.* 1994 Dec; 31(12): 1521-7.
20. Ramu-G. Clinical features and diagnosis of relapses in leprosy. *Indian-J-Lepr.* 1995 Jan-Mar; 67(1): 45-59
21. Parkash-O y Cols. A study in performance of two serological for diagnosis of leprosy patients. Central JALMA Institute of leprosy, Tajganj, Agra, India. *Lepr-Rev.* 1995 Mar.; 66(1): 26-30
22. Natrajan- M y Cols. Eenhancement in the histological diagnosis of indeterminate leprosy by demonstration of mycobacterial antigens. Central Jalma Institute of leprosy (ICMR) , tajganj, Agra, Inde. *Acta-leprol.* 1995; 9(4): 201-7.
23. Agdamag-AT y Cols. A serologic Mycobacteria leprae gelatin particle agglutination (MLPA) in the diagnosis of leprosy: comparison with conventional enzyme-linked immunoassay and bacterial index, Dr José N. Rodríguez Memorial Hospital, tala, Caloocan City, Metromanila, Philippines. *Nippon-Rai- Gakkai-Zassahi.* 1996-Jul.; 65 (2): 100-5.

24. Shipper-A y Cols. Disabilities of hands, feet and eyes in newly diagnosed patients in eastern Nepal. NSL/Eastern Leprosy Control Project, Biratnagar, Nepal. Lepr-Rev. 1994 Sept.; 65 (3): 239-47.
25. Lubbers-WJ y Cols. Eye disease in newly diagnosed leprosy patients in eastern Nepal. NSL/Eastern Control Project, Biratnagar, Nepal. Lepr- Rev . 1994 Sept. 65 (3): 231-8.
26. GUMBY P. Can leprosy be neutralized by year 2000 ? Jama 1992 May-6; 267 (17): 2289.
27. La Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hon Kong en 1989.
28. Ley General de Salud: Título quinto, investigación para la salud. Capítulo único. Edición XIII 1995. Editorial Porrúa. Art. 96-103 Pag. 18-20.
29. Ley del Seguro Social. Capítulo IV, sección sexta de la medicina preventiva. Ed. I.M.S.S. Dirección Jurídica. Coordinación General de Comunicación Social. Arts. 110 y 111. Pag. 102. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995.
30. Ley del ISSSTE. Título segundo. Cap. II, sección segunda. Medicina Preventiva. Editorial PAC, S.A. de C.V. Tercera edición. Pag. 24-25 1997.