

SUMARIO

EDITORIAL

523 El futuro de la lepra en Nicaragua. Dr. NELSON CABALLERO J.

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

525 El dinero es el vehículo de interacción: perspectivas de interacción social en las personas afectadas por la lepra en el Norte de Nigeria. BASSEY EBENSO y MAYNAS AYUBA.

541 Prevalencia de la sífilis en embarazadas de seis ciudades brasileñas. ADELE S. BENZAKEN, ENRIQUE GALBAN GARCIA, VALDIR MONTEIRO PINTO, EDUARDO CAMPOS DE OLIVEIRA, DENIS RIBEIRO, FABIO MOHERDAUI.

551 Sífilis congénita en comunidades indígenas de difícil acceso: desafío a superar mediante uso de la tecnología. ADELE S. BENZAKEN, JOSE CARLOS GOMES SARDINHA, ENRIQUE GALBAN GARCIA.

NOTICIAS

561 Reunión anual ILEP 2010, Council of Hammersmith, Londres.

ACTUALIDAD DE LOS PROYECTOS DE COOPERACIÓN FONTILLES

563 Informe nota Argentina. Fontilles en Misiones (Argentina). PEDRO TORRES.

565 Formación sobre Prevención de Discapacidades en Úlcera de Buruli-HFG/Fontilles /ALM. FÁTIMA MOLL CERVERA.

FORMACIÓN CONTINUADA

573 Planificación de un programa de salud y su utilidad en la prevención y control de la enfermedad de Hansen. Dr. RAFAEL GUAYTA-ESCOLIES.

589 RESÚMENES SELECCIONADOS

ÍNDICE DE AUTORES Y MATERIAS

606 Volumen XVII - Números 4 a 6.

Vol. XXVII Núm. 6 - 2010

revista de LEPROLOGÍA



Formación en PPD
para úlcera de Buruli.
Ghana.

Colaboran:





ILEP

Fédération Internationale des Associations contre la Lèpre
International Federation of Anti-Leprosy Associations

234 Blythe Road
London, W14 0HJ, UK

Tel: +44 (0)20 7602 6925
Fax: +44 (0)20 7371 1621
E-mail: ilep@ilep.org.uk
Web site: www.ilep.org.uk



**3 AÑOS JUNTOS
POR NEPAL**

Fontilles 100
POR UN MUNDO SIN LEPROA años

Fontilles 100
POR UN MUNDO SIN LEPROA años



**TRABAJANDO JUNTOS
POR UN MUNDO SIN LEPROA**

Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse • American Leprosy Missions • Association Française Raoul Follereau • Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau • LEPROA, British Leprosy Relief Association • Fondation du CIOMAL • Damien Foundation Belgium • Deutsche Lepra und Tuberkulosehilfe • Fondation Luxembourgeoise Raoul Follereau • Fontilles Lucha contra la Lepra • Le Secours aux Lépreux, Canada • Netherlands Leprosy Relief • Sasakawa Memorial Health Foundation • The Leprosy Mission International •

Registered Charity No. 280676

revista de **LEPROLOGÍA**

EDITORA

Dra. Montserrat Pérez López

EDITORES ASOCIADOS

Dr. José Ramón Gómez Echevarría

Dr. Pedro Torres Muñoz

SECRETARIA

Verónica Mas Oliver

COMITÉ EDITORIAL

Bottasso, Óscar (Argentina)	Lorente Moltó, Francisco (Etiopía)
Caballero, Nelson (Nicaragua)	Martínez Morales, Elvia Urania (Nicaragua)
Capó, Virginia (Cuba)	Moll, Fátima (España)
Cuevas, Jesús (España)	Pérez Arroyo, Mariano (España)
Donoghue, Helen (Inglaterra)	Periche, Juan (República Dominicana)
Fafutis Morris, Mary (México)	Rodríguez, Gerzaín (Colombia)
Fuentes Morales, Lesny Ruth (Honduras)	Rojas-Espinosa, Óscar (México)
Hernández, José M.º (Brasil)	Souza Cunha, Maria da Graça (Brasil)
Lockwood, Diana (Inglaterra)	Stanford, John L. (Inglaterra)

PUBLICACIÓN INCLUIDA EN

IME (Índice Médico Español), IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), CHEMICAL ABSTRACTS, BIOLOGICAL ABSTRACTS, LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

IMPRIME

Federico Domenech, S. A. Valencia

Depósito Legal: V. 420-1958

ISSN: 0367-2743

SECRETARÍA

Biblioteca médica.

03791 Fontilles (Alicante)

España

biblioteca@fontilles.org

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como soporte válido. Ref. SVR N.º 126

PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

NORMAS PARA LOS AUTORES

Revista de LEPROLOGÍA agradece la colaboración científica sobre el campo de la leprología y la dermatología, incluyendo investigaciones científicas, terapéuticas, epidemiológicas y sobre ciencias básicas en conexión con estas especialidades.

Los manuscritos remitidos deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser originales y no haber sido publicados anteriormente en ninguna otra revista.
- b) Los textos se enviarán, preferiblemente, en soporte informático, bien por correo electrónico o en su defecto, se enviará un disquete, en formato Word, a doble espacio y con margen izquierdo de 2,5 cms. Pueden incluirse las fotografías y los gráficos que el autor crea pertinentes, aunque la dirección de la revista se reserva el derecho a introducir cualquier cambio en este aspecto.
- c) Estarán escritos en castellano y llevarán un resumen (si es posible también traducido al francés y al inglés para mejor difusión del trabajo en el extranjero) que tendrá una extensión mínima aproximada de 100 palabras y máxima de 200 palabras; éste debe ser un artículo en miniatura. A continuación del resumen se escribirán las palabras claves con objeto de que reflejen los contenidos esenciales del artículo. No superarán el número de 5, para ello se recomienda hacer uso de los términos recogidos en el Índice Médico Español y el MeSH[®] (*Medical Subject Headings*) del *Index Medicus*.
- d) El texto constará de las siguientes partes: Título. Autores. Nombres y apellidos de cada autor (es conveniente indicar: Servicio, Departamento o Centro en el que se hayan realizado). Resúmenes. Palabras Clave. Texto. Referencias bibliográficas, que sólo incluirá las referencias citadas en el texto y por orden de su aparición en el mismo, siguiendo los *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas* (*Estilo Vancouver*) elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>); para los títulos abreviados de las revistas se recomienda el *Index Medicus-MEDLINE*[®]. Fotos con sus pies y orden en que se han de imprimir. Dirección postal del autor a quien debe dirigirse la correspondencia relativa al artículo.
- e) Los artículos se enviarán a la redacción de la Revista. Sanatorio San Francisco de Borja. 03791 FONTILLES (Alicante) España. Tel. +34 96 558 33 50 - Fax: +34 96 558 33 76. E-mail: biblioteca@fontilles.org
- f) La dirección de la revista se reserva el derecho de no aceptar los originales y el hacer las correcciones de estilo necesarias. Si éstas fueran muy importantes, se hará previa consulta con el autor y preferentemente se indicará a éste la forma en que se debe someter de nuevo el manuscrito para su publicación.
- g) Los trabajos serán publicados a medida que lo permita el espacio disponible de la revista, siguiendo orden riguroso de antigüedad en su recepción.
- h) Después de publicado en *revista de LEPROLOGÍA* podrá ser transcrito total o parcialmente en cualquier revista, siempre que se haga expresa referencia a su procedencia.
- i) La redacción de la revista no acepta la responsabilidad de los conceptos y criterios que publica, la cual es única y exclusivamente de los autores. Los volúmenes de esta revista están formados por 6 números cada uno.

EL FUTURO DE LA LEPRO EN NICARAGUA

A mediados de la década del 90, la Lepra en Nicaragua era un importante problema de salud concentrado específicamente en dos regiones endémicas: San Francisco Libre y Chinandega. Ante la aparición de numerosos casos y la inexistencia de un sistema de detección y atención eficaz, no había día en que la enfermedad fuera motivo de noticia en los medios de comunicación nacionales.

A esta triste situación, se agregaba quizás el mayor obstáculo para desarrollar un programa encaminado a su eliminación: La estigmatización devastadora, vista a través de la imagen de vergüenza y de rechazo social que ocasionaba en los enfermos, incluso, muchas veces marginados por sus propios familiares y el mismo personal de salud local.

Pero este panorama comenzó a cambiar sustancialmente cuando la Asociación para el Desarrollo de los Pueblos (ADP) con el apoyo de la Asociación Fontilles de España puso en marcha a partir del año 2000 un Programa Integral de lucha contra la enfermedad, que evidencia como la Promoción y la Educación se han convertido actualmente en las invitadas de primera fila junto a las acciones de detección temprana de casos como resultado de la intensificación de la búsqueda activa impulsada y la incorporación oportuna de estos al tratamiento con Poliquimioterapia según las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Hace unos días atrás, como invitado en representación de nuestra institución, participé en una reunión del SILAIS (Sistema Local de Atención Integral en Salud) de Chinandega, donde las máximas autoridades de salud expusieron los resultados de salud alcanzados en el departamento durante el año 2010 y las prioridades a resolver para el 2011. En la misma, tuve la oportunidad de dar a conocer como hemos hecho posible la disminución de la casuística de la Lepra en los municipios Villa Nueva, Somotillo y Santo Tomás al detectarse solo 6 casos en los últimos 3 años en comparación a los 34 captados en el periodo 2005-2007.

Explique a los presentes que desde que iniciamos el trabajo nos planteamos la eliminación de la Lepra con la participación no solo del personal de salud capacitado, entre ellos médicos, enfermeras y auxiliares, sino también de la comunidad, partiendo sobre la base de que las familias de manera organizada se convirtieran en los principales colaboradores, razón por la cual en la actualidad contamos con una vasta red de acción conformada por más de un centenar de promotores y promotoras voluntarios adiestrados en la identificación, manejo y prevención de la enfermedad. Pero además, esta red de acción mantiene en las comunidades una actividad permanente de multiplicación de información sobre su prevención y cambio de imagen de rechazo en la población, con la cual queda asegurada la sostenibilidad de las acciones de control más allá de su eliminación como problema de salud.

Hubo un explícito reconocimiento y agradecimiento del SILAIS a la gestión de la ADP durante todos estos años de ardua labor en la lucha contra la Lepra en el departamento chinandegano y, aunque probablemente debido a los logros alcanzados en materia de su eliminación, no fue mencionada entre las prioridades de salud para el año 2011, coincidimos en que no se le puede restar importancia por sus propias características, pues la pérdida de esta puede conducir al olvido y a la amenaza de un posible resurgimiento como una de las enfermedades más antiguas de la humanidad.

En ocasión de la celebración del 58 aniversario del Día Mundial de la Lepra el próximo 30 de enero del 2011, deseamos hacer suyo este importante reconocimiento a la Asociación Fontilles, porque sin ella no hubiese sido posible transformar la situación epidemiológica de la Lepra en Nicaragua.

Dr. NELSON CABALLERO J.

Coordinador Médico.

Asociación para el Desarrollo de los Pueblos.

“EL DINERO ES EL VEHÍCULO DE INTERACCIÓN”: PERSPECTIVAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA LEPRO EN EL NORTE DE NIGERIA

Bassey Ebenso* y Mainas Ayuba**

RESUMEN

Objetivo: Este estudio propone un planteamiento mediante el cual la rehabilitación socio-económica (SER) puede conseguir reducir el estigma relacionado con la lepra en el norte de Nigeria, después de analizar las entrevistas llevadas a cabo para evaluar el impacto de la SER.

Metodología: La evaluación combina un cuestionario cuantitativo (escala P) con entrevistas cualitativas de 20 individuos afectados de lepra, cinco grupos de discusión y 10 entrevistas a individuos considerados importantes. A partir de nuestra información desarrollamos un marco de trabajo del estigma relacionado con la lepra integrando los temas emergentes y que puedan constituir una posible amenaza para el funcionamiento de los grupos, para describir como se percibe el estigma por las personas afectadas de lepra en el norte de Nigeria.

Resultados: Los resultados revelan que las personas afectadas por lepra están menos estigmatizadas por las discapacidades causadas por la enfermedad que por su incapacidad de contribuir al sostenimiento familiar/comunitario. También, se identificaron los microcréditos y la formación profesional como elementos del SER que reducen el estigma a través de un mecanismo de protección de individuos frente a la pérdida del valor social al facilitar su compromiso social continuado en las tareas sociales cotidianas de la familia/comunidad.

Conclusión: Se propone que la SER estimula los cambios de actitud y la inclusión de personas afectadas por lepra al proteger a los individuos frente a la pérdida del valor social e incrementar su capacidad de participación. Se propone una mayor evaluación empírica del marco propuesto para evaluar su utilidad en otras culturas.

* *School of Sociology & Social Policy, University of Leeds, Leeds, LS2 9JT, UK.*

** *The Leprosy Mission-Nigeria, 1 Ladi Kwali Road, P. M. B. 179, Minna, Niger State, Nigeria.*

Correspondencia a: Bassey Ebenso, School of Sociology & Social Policy, University of Leeds, Leeds, LS29JT, UK (e-mail: hss4bee@leeds.ac.uk)

Este trabajo es una reproducción de Lepr Rev 2010; 81(2): 99-110.

SUMMARY

Objective: This paper proposes a mechanism by which socio-economic rehabilitation (SER) reduces stigma in northern Nigeria following a re-analysis of the transcripts of interviews conducted to evaluate the impact of SER on leprosy-related stigma.

Design: The evaluation combined quantitative questionnaire (P-scale) with qualitative interviews of 20 individuals affected by leprosy, five focus group discussions and 10 key informant interviews. From our data, we developed a leprosy related stigma framework by integrating emerging themes with the construct of threat to group functioning to describe stigma processes experienced by people affected by leprosy in northern Nigeria.

Results: Findings revealed people affected by leprosy are less likely to be stigmatised because of leprosy impairments than for their incapacity to contribute to family/community finances. We also identified micro-credit loans and vocational training as elements of SER for reducing stigma through the mechanism of protecting individuals against the loss of social value, and by facilitating their continued engagement in daily social roles in the family/community.

Conclusion: We propose that SER stimulates attitudinal change towards, and inclusion of people affected by leprosy by protecting individuals against the loss of social value and increasing their contributive capacity. We recommend further empirical testing of the proposed framework to ascertain its utility in other cultures.

INTRODUCCIÓN

Un informe retrospectivo actual del impacto de la rehabilitación socio-económica (SER) sobre el estigma relacionado con la lepra en el norte de Nigeria reveló cómo la SER mejora la autoestima, la contribución económica y la formación para la capacitación, el acceso a las instituciones públicas de las personas afectadas por la lepra.⁽¹⁾ Los hallazgos de los autores concluyen que la SER estimula cambios de actitud e interacción social de los participantes en la SER a través de las mejoras mencionadas anteriormente en cuanto a condiciones de vida y económicas de los participantes. Sin embargo, los autores no exploraron cómo unas mejores condiciones económicas y de calidad de vida de los participantes facilitaron su acceso a las instituciones públicas o estimularon la interacción social de las personas afectadas por lepra. Por tanto, después del análisis de las entrevistas para su evaluación retrospectiva, este trabajo concluye que los microcréditos y la formación profesional, componentes ambos de la SER, reducen el estigma al proteger a los individuos frente a la pérdida de su valor social facilitando, por tanto, su compromiso diario tanto familiar como comunitario.

Los investigadores actuales consideran el estigma como una construcción social que existe cuando procesos como etiquetas y estereotipos negativos, exclusión, discriminación y estatus social bajo coexisten en una situación de poder que permite el desarrollo de estos procesos.⁽²⁾ Además, Parker y Aggleton⁽³⁾ afirman que el estigma

y la discriminación funcionan, bastante literalmente, en el punto de intersección de la cultura, diferenciación y poder, es decir, el poder político, social y económico. Insisten en que entender el estigma y la discriminación en estos términos contribuye a enfatizar el planteamiento que las mantiene y su enlace con las desigualdades estructurales y la exclusión.⁽³⁾

En concordancia con las teorías de Parker y Aggleton de entender la estigmatización como parte fundamental en la producción y reproducción de relaciones de desigualdad de poder, los investigadores evolutivos entienden que la raíz de la estigmatización es la necesidad humana de evitar las dificultades que acompañan la vida colectiva en grupos.^(4,6) Neuberger *et al.* argumentan que la práctica universal de la estigmatización tiene sus raíces en una necesidad básica humana de vivir en grupos efectivos interdependientes.⁽⁴⁾ Además, argumentan que el convivir en grupos favorablemente depende del establecimiento de normas de reciprocidad y confianza, para contar la verdad, para el aprendizaje de competencias y para crear una identidad de grupo y lazos estables entre los miembros. Sostienen que para minimizar posibles amenazas que acompañan al concepto de vivir en grupo, las sociedades diseñan mecanismos cognitivos para identificar y excluir a miembros que poseen cualidades que amenazan el correcto funcionamiento del mismo. Entre estas cualidades amenazantes se incluyen una deficiente contribución recíproca a las actividades del grupo, discapacidad física o ser portador de una infección parasitaria y los miembros de grupos minoritarios que puedan ser explotados en beneficio de los grupos mayoritarios.^(4,5) Neuberger *et al.* afirman que la estigmatización es un mecanismo diseñado para prevenir amenazas a la capacidad de los miembros para conseguir beneficios para la vida del grupo. Los beneficios posiblemente amenazados incluyen la propia seguridad del grupo, compartir conocimientos, alimentación, comunicación y salud, etc.

Una ampliación de la propuesta de Neuberger *et al.* implica por ejemplo que las personas con discapacidad tendrán más probabilidad de ser excluidos que las personas sanas o sin enfermedad infecciosa.⁽⁷⁾ Además, la extensión con la que los individuos discapacitados serán estigmatizados tenderá a incrementarse, especialmente cuando haya escasez de medios y recursos. En estas situaciones no se puede permitir la falta de reciprocidad y el grupo tenderá a resentirse de la dependencia de los individuos discapacitados.⁽⁴⁾

La lepra presenta cualidades que amenazan el correcto funcionamiento del grupo en muchos contextos sociales. El modelo tan diseminado de estigmatización de la lepra surge de la capacidad de la enfermedad de causar discapacidades físicas cuando no es tratada precozmente. Además, muchas sociedades consideran a la lepra como enfermedad incurable, muy contagiosa y deformante, de etiología todavía cuestionable.^(8,9) La combinación de deformidades visibles, el miedo al contagio e incurabilidad hace que la gente se separe de las personas afectadas de lepra y así evita su propio riesgo de adquirir el estigma.⁽¹⁰⁾ Como se cree que la estigmatización es de carácter permanente, este trabajo identifica un mecanismo mediante el cual la rehabilitación socio-económica impulsa actitudes positivas y estimula la integración social de las personas afectadas de lepra en la sociedad del norte de Nigeria. Este

trabajo desarrolla un marco de actuación para el estigma relacionado con la lepra al integrar temas, a partir de nuestra información, que pueden construir amenazas para el funcionamiento del grupo y describir los procesos de estigma experimentados por las personas afectadas en el norte de Nigeria.

ANTECEDENTES GENERALES DEL ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se ha llevado a cabo en cinco estados del norte de Nigeria, Kebbi, Kogi, Niger, Sokoto y Zamfara con una población en el año 2005 de 16 millones de personas.⁽¹⁾ La mayoría de los afectados de lepra de estos cinco estados viven en siete colonias rurales para afectados de Hansen. Aproximadamente, 5.000 personas, incluyendo los afectados de lepra, viven en estos asentamientos con alrededor de 1.500 (36.3%) residentes con deformidades visibles.⁽¹⁾ Los residentes son sobre todo, vendedores ambulantes, granjeros y mendigos, que viven en casas de barro con techos de paja, suelos polvorientos y con deficiente ventilación. Comparado con la media nacional en cuanto a condiciones socio-económicas,⁽¹¹⁾ los habitantes del área de estudio son: musulmanes (80% vs. 50%), desempleados (>34% vs. 30%), analfabetos (56% vs. 73%), labradores (80% vs. 70%) con un bajo nivel de ingresos (GDP per capita 300 US\$ vs. 1.000 US\$).

Con respecto a la actitud de la población general hacia la lepra, ésta es vista como una de las muchas aflicciones de la vida y que difiere por su naturaleza crónica y deformidades discapacitantes de muchas otras enfermedades.⁽¹²⁾ Aunque se admite la posibilidad de contagio, estas personas no están más rechazadas socialmente que las afectadas por otras enfermedades. Permanecen como parte del entorno social, rodeados de sus convecinos y disfrutan de los privilegios y obligaciones que forman parte de esta relación.^(13,14) Por estos motivos, los afectados por lepra del norte de Nigeria pueden llevar vidas relativamente normales durante años hasta que las fases más avanzadas de su enfermedad les dejan con muchas ulceraciones o muy deformados.⁽¹⁵⁾ Sin menosprecio de esta tolerancia general, los que mantienen una pobre higiene o no cumplen con su tratamiento hasta que sean dados de alta como no infecciosos son rechazados por los demás miembros.

Organización del trabajo

Entre 1910 y principios de la década de los años 30, el trabajo en el campo de la lepra en el norte de Nigeria estaba prácticamente en manos de las organizaciones voluntarias —misiones cristianas— que dedicaron grandes esfuerzos para tratar los casos segregados en los leprosarios (o asentamientos centrales) y aldeas para leprosos (asentamientos de clanes) de acuerdo con los conceptos de los métodos más habituales utilizados entonces.⁽¹³⁾ Desafortunadamente, muy pocos Hausa —tribu dominante en esta área— pueden aceptar, en su opinión, la draconiana práctica médica de aislar a los pacientes de lepra. Ellos perciben como una tragedia el que miembros de su familia, sobre todo mujeres y niños, sean llevados por los *Baturai* (hombre blanco) y segregados durante meses y años como forma de tratamiento.

Alrededor de 1952, esta inaceptabilidad de la segregación en las aldeas de Hausa hizo que el paciente de lepra fuera tratado como ambulatorio. Esto coincidió con la llegada del comprimido de dapsona, que fue muy utilizada para el tratamiento en base a su eficacia, facilidad de administración y bajo coste.

Esto continuó hasta 1962, cuando el gobierno de los estados del norte se hizo cargo del trabajo de la lepra que habían llevado las misiones cristianas. Según un informe anual de 1961 del Servicio Nacional de Lepra para Nigeria del norte, había 264,000 pacientes en tratamiento, siendo el >75% de ellos tratados de forma ambulatoria.⁽¹³⁾ Mientras que este tipo de tratamiento redujo la población de los asentamientos, estos asentamientos se convirtieron en las casas de los familiares de los afectados anteriores a la reorganización del trabajo para la lepra. En 1991, el Gobierno Federal de Nigeria (FGN) estableció un programa nacional de lepra con multiterapia (MDT) denominado Programa Nacional para Tuberculosis y Lepra (NTBLCP).⁽¹⁶⁾ Desde sus orígenes, el NTBLCP pretendió reducir la prevalencia nacional de la enfermedad hasta un punto donde no constituyera un problema de salud pública. El FGN buscó la ayuda de cuatro organizaciones internacionales de lucha contra la lepra (ILEP) para conseguir esta meta de reducir la carga a <1 caso por 10,000 personas para el año 2000.

La Leprosy Mission (TLM) fue contratada por la NTBLCP para apoyar actividades de control de la enfermedad en los cinco estados donde se ha realizado este estudio. Las actividades apoyadas por TLM incluyen: detección de casos y tratamiento de tipo ambulatorio, prevención y control de discapacidades, concienciación comunitaria y rehabilitación socio-económica (SER). Este trabajo analiza esta actividad SER. TLM inició en 1997 su labor con SER en los asentamientos del norte de Nigeria. Estas intervenciones consisten básicamente en proporcionar pozos y bombas de agua, construcción de colegios, refugios, conceder becas, préstamos para pequeños negocios y formación profesional. Estas intervenciones pretenden aliviar los problemas socio-económicos.

MÉTODOS

Puesto que constituye la primera evaluación que explora la percepción de la gente con respecto al efecto causado por la SER en su experiencia con estigma en Nigeria, se aplicó un sistema retrospectivo, con un planteamiento cuantitativo-cualitativo orientado hacia la investigación. El estudio empleó una combinación de entrevistas semi-estructuradas de los participantes SER, grupos diana y entrevistas clínicas con una evaluación cuantitativa del nivel de participación-restricción de los participantes SER mediante un cuestionario denominado Escala de Participación.⁽¹⁷⁾ En otros informes se han publicado los hallazgos comparativos y los datos cuantitativos y cualitativos.⁽¹⁾ En este trabajo sólo se evalúa la información cualitativa. Está basado en entrevistas llevadas a cabo a 65 adultos en septiembre del 2006 para evaluar su percepción sobre la utilidad de la SER para reducir el estigma de la lepra. Veinte de los 65 adultos eran participantes SER escogidos al azar de una lista de 131 beneficiarios procedentes de cinco asentamientos en el norte de Nigeria. Treinta y

cinco de los 65 entrevistados eran varones/miembros familiares de los participantes de la SER que constituyeron cinco grupos diana. Los 10 participantes restantes eran miembros comunitarios (maestros, líderes religiosos, trabajadores sanitarios, etc.) seleccionados por poseer información muy valiosa sobre los proyectos SER o del área en estudio. Después de obtener su consentimiento para la entrevista, los 20 participantes SER se seleccionaron para incrementar la variedad de las experiencias sobre estigma utilizando características que incluyen deformidad visible, género, influencia religiosa, etnia y grado de escolarización. Los informantes clave se seleccionaron mediante la técnica de la bola de nieve que consiste en que los encargados de la rehabilitación en los puntos de investigación localizan a los dos informantes iniciales. Después se pide a estos informadores que nos asistan en la localización de otras personas potencialmente interesantes para la entrevista.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se grabaron las entrevistas cualitativas y las discusiones de grupo, de una duración aproximada de 30 minutos y se tradujeron al inglés para facilitar el análisis de la información. El análisis consistía en: (i) examen repetido de los contenidos de la entrevista para evaluar criterios sobre prácticas discriminatorias y utilidad de la SER para la inclusión social; (ii) desarrollar objetivos alrededor de los patrones emergentes referentes a estos temas, construir categorías analíticas a partir de estos temas y (iii) unir las categorías y temas con nuestras cuestiones sobre la investigación y la literatura para establecer enlaces. Por último, los hallazgos de nuestra encuesta se integraron con los conceptos de “amenaza para el funcionamiento del grupo” para ilustrar las experiencias sobre el estigma relacionado con la lepra en el norte de Nigeria. El análisis cuantitativo se llevó a cabo manualmente. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética de la Leprosy Mission.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los 20 participantes SER cuya media de edad era de 54.3 años y el 85% presentaba deformidades visibles.

Diecisiete de ellos (85%) se beneficiaron de microcréditos o viviendas, mientras que tres personas se beneficiaron de la combinación de préstamos, vivienda, formación profesional o educación de adultos.

Al analizar de nuevo las entrevistas, se identificaron seis temas, sobre todo: (i) actitudes perjudiciales, (ii) generación de ingresos e independencia, (iii) acceso a instituciones públicas, (iv) deseo de ser aceptado, (v) dignidad y (vi) componentes de SER que estimulan la interacción social. Los resúmenes de las entrevistas están referenciadas como sigue: (P3 Hembra) indicando un comentario de la participante femenina N° 3; (R1-FG5 Varón) indica un comentario hecho por el respondiente varón N° 1 en el grupo de objetivos 5; y (KI 8 Hembra) revela un comentario por parte del informador clave femenino N° 8.

ACTITUDES PERJUDICIALES

Las actitudes negativas más frecuentemente identificadas por las personas afectadas de lepra, durante este estudio fueron ser evitados, devaluados y segregados por parte de la familia.

Tabla 1: Características de los participantes

Características	Valor (n = 20)
Rango de edad	18-80 años
Hembra	10 (50%)
Tratados y dados de alta desde MDT	20 (100%)
Alfabetizados (primaria/Árabe/educación de adultos)	4 (20%)
Casados	16 (80%)
Separados/Viudos	4 (20%)
Deformidades visibles	17 (85%)
Musulmanes	15 (75%)
Cristianos	5 (25%)
Étnia-Hausa/Fulani	16 (80%)
Yoruba/Igbira	4 (20%)

El miedo al contagio está en la raíz de estas actitudes perjudiciales.⁽¹⁸⁾ Estas actitudes fueron corroboradas por los grupos objetivo (familiares de las personas afectadas por lepra) e informadores clave (personas no afectadas por lepra). Los ejemplos típicos de actitudes perjudiciales y prácticas discriminatorias incluyen: “Te miran despectivamente si estás afectado por lepra. Incluso la familia de mi padre, no quería verme. La familia de mi madre se separó de mí para así ellos no contraer la enfermedad”. (KI 3 Hembra).

Un miembro masculino de un grupo objetivo—R6-FG1, manifestó: “Algunas personas creen que si se sientan detrás de una persona afectada de lepra, la infección saltará sobre ellos. No querían estar sentados cerca de mí. Si paras un vehículo/autobús y entras, se apartan de ti”. Una respuesta de una informadora femenina del grupo de objetivos—R4-FG3, dijo: “Los beneficios de la SER llegan hasta nosotros, los hijos de los afectados por lepra. La gente solía afirmar que los hijos de los leprosos no debían casarse. Sólo podíamos casarnos con otros hijos de afectados. Pero, actualmente, ya hay matrimonios entre hijos de pacientes y de no afectados”.

INDEPENDENCIA ECONÓMICA Y GENERACIÓN DE INGRESOS

Durante esta investigación, la independencia revelaba una situación donde los participantes SER “no dependían del apoyo económico de otros para sobrevivir”. La independencia económica estaba muy unida a la generación de ingresos. La mayoría de los participantes (siete hombres y siete mujeres) informó que eran económicamente independientes de las familias y amigos, después de las intervenciones

SER. La participación en la SER permitió que los encuestados hicieran frente a las necesidades básicas familiares y que dejaran de pedir limosna. Una participante—P7, afirmó: “En el pasado tenía que esperar a mi marido antes de comprar algo, pero ahora gracias al préstamo que utilizo para el comercio, puedo hacer algunas cosas por mí misma. No tengo porqué esperar a que mi marido lo resuelva todo y ha constituido una alegría al incrementar nuestra economía”.

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS

Los participantes perciben la accesibilidad a los servicios locales e instituciones públicas como un indicador de interacción social. La mayoría de participantes (ocho mujeres y cinco hombres) informaron sobre su acceso a los hospitales, colegios y centros religiosos, después de su participación en los préstamos de microcréditos. Un hallazgo inesperado fue la perspectiva de que el dinero facilita el acceso a las instituciones públicas que quedó descrito en las palabras de un participante masculino—P3: “Ha mejorado mi acceso a ciertos sitios donde no podía ir antes, ahora sí que puedo; porque sabes ‘el dinero es el vehículo de la interacción’. Ahora voy a la iglesia y contribuyo con mi participación”. Otro varón—P5, dijo: “Sí, ahora entro en muchos lugares de la comunidad, pero en el pasado no se permitía porque no tenía dinero para contribuir a las actividades comunitarias”.

Estos relatos describen un amplio abanico de barreras por actitud hacia el contacto social, y barreras culturales hacia las instituciones sociales y servicios, experimentados por personas afectadas de lepra antes de las experiencias positivas con intervención SER.

DESEO DE SER ACEPTADO

La característica central de la vida de un individuo estigmatizado se basa en lo que vagamente se denomina “aceptación”. El individuo estigmatizado hace intentos directos e indirectos para corregir la base de su fracaso.⁽¹⁹⁾ Los intentos directos de las personas afectadas por la lepra para corregir el objetivo básico de su situación incluye la búsqueda de tratamiento farmacológico para curar la enfermedad y la cirugía para corregir el deterioro físico. La adaptación indirecta a la estigmatización incluye la formación en una nueva profesión/empleo o el procurarse una formación especial para incrementar las oportunidades de alcanzar unos niveles aceptables de alfabetización. Una descripción realizada por una mujer empleada en el intercambio—P10 describe el deseo de ser aceptado: “Aunque disfrutamos de los préstamos previos, creemos que más préstamos incrementarían nuestro reconocimiento como individuos, de manera que cuando ellos hablen, nosotros también podamos... Podemos ser como los demás. Algo más de dinero como N20 000-30 000 [US\$150-200] nos ayudaría mucho”. Un participante masculino—R1 FG5, afirmó: “Se detectan muchos cambios. Nosotros y los “sanos” podemos sentarnos juntos en el mismo lugar y comer juntos. Nuestras interacciones son de “sano a sano” cuando viajas a los pueblos cercanos, ya no somos interpreciados”. Esta afirmación revela una aspiración de ser aceptado de igual a igual

por otros miembros de la sociedad. El relato de la mujer de venta ambulante retrata la creencia de que mantener la subsistencia protege su lugar en la sociedad. Ella estimaba que su aceptación se garantizaba por obtener capital extra para sostener su negocio, que constituye la base de su nueva identidad social.

DIGNIDAD

Para este trabajo, la dignidad tiene un sentido de ser digno. La mayoría de los participantes (17 personas) afirmaron que la SER mejoró su dignidad a través: (a) aceptación en sociedad, (b) incremento en la capacidad de afrontar las necesidades familiares, como alimentar o educar a los niños y (c) un incremento en la capacidad de trabajo con otros en la sociedad. Una afirmación clave que describe la dignidad es “Ha incrementado mi dignidad porque mis hijos pueden ir al colegio y soy capaz de trabajar como otras mujeres en la sociedad” (P1 Hembra). Esta información es un ejemplo de la libre voluntad de las personas afectadas por lepra de ser respetadas al participar activamente en trabajos productivos y los trabajos sociales y sus obligaciones.

¿QUÉ COMPONENTES DE SER FACILITAN LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA?

La reducción del estigma implica una situación donde las personas anteriormente excluidas son incluidas en la familia o la comunidad. Preguntados sobre qué elementos del SER eran útiles para estimular la reducción del estigma, la mayoría respondió que los préstamos a base de microcréditos era el más importante para impulsar actitudes comunitarias y sociales positivas. Un entrevistado masculino—KI 9, afirmó: “En mi opinión, ninguna otra intervención reduce la discriminación como el disponer de algo (préstamos) para realizar intercambios. Como muchos ya saben... las personas rehúsan a los enfermos, pobres y sin medios de vida... Pero si dispone de algo de dinero... las personas se le acercan e interaccionan con él, aunque esté enfermo... mientras no vaya sucio”. Además, una entrevistada femenina—KI 6, dijo: “Estoy muy satisfecha con los préstamos y la formación profesional ya que han aportado muchos cambios en la vida de estas personas. Resulta fascinante observar cómo interaccionamos con ellos”.

De todo lo anterior, deducimos que los microcréditos y la formación profesional son los ingredientes principales de la SER para estimular la reducción del estigma en el norte de Nigeria. Estos elementos incrementan las oportunidades del cliente de ser autónomo, generar ingresos y su capacidad de contribuir económicamente a las actividades familiares y comunitarias.

¿CÓMO REDUCE LA REHABILITACIÓN SOCIO-ECONÓMICA EL ESTIGMA?

De las opiniones de nuestros entrevistados hemos creado un marco para el estigma relacionado con la lepra, para ayudar a comprender los procesos del estigma e identificar el mecanismo por el que la SER reduce este fenómeno en el norte de Nigeria (Figura 1).

El marco consiste en tres partes: superior, medio e inferior. La parte superior implica la enfermedad de la lepra y sus incapacidades específicas que evocan el miedo al contagio y a la asociación con las personas afectadas por la lepra. La parte media ilustra dos columnas que describen los resultados de las actitudes perjudiciales y las prácticas discriminatorias experimentadas por los entrevistados, incluyendo un acceso menor a las instituciones públicas (ver columna de la derecha). En la parte inferior de las columnas están las consecuencias de los métodos de exclusión, que se manifiestan como la pérdida de ingresos, menor capacidad de asumir roles sociales normales, pérdida de identidad social y mayor exclusión de la sociedad. Allí donde los resultados de las prácticas discriminatorias y sus consecuencias no se corrigen, el resultado es una falta de autoestima, deficiente auto-cuidado, falta de empoderamiento y destitución (ver columna izquierda), que resulta un ciclo vicioso de incremento de la discapacidad-exclusión-más discapacidad.

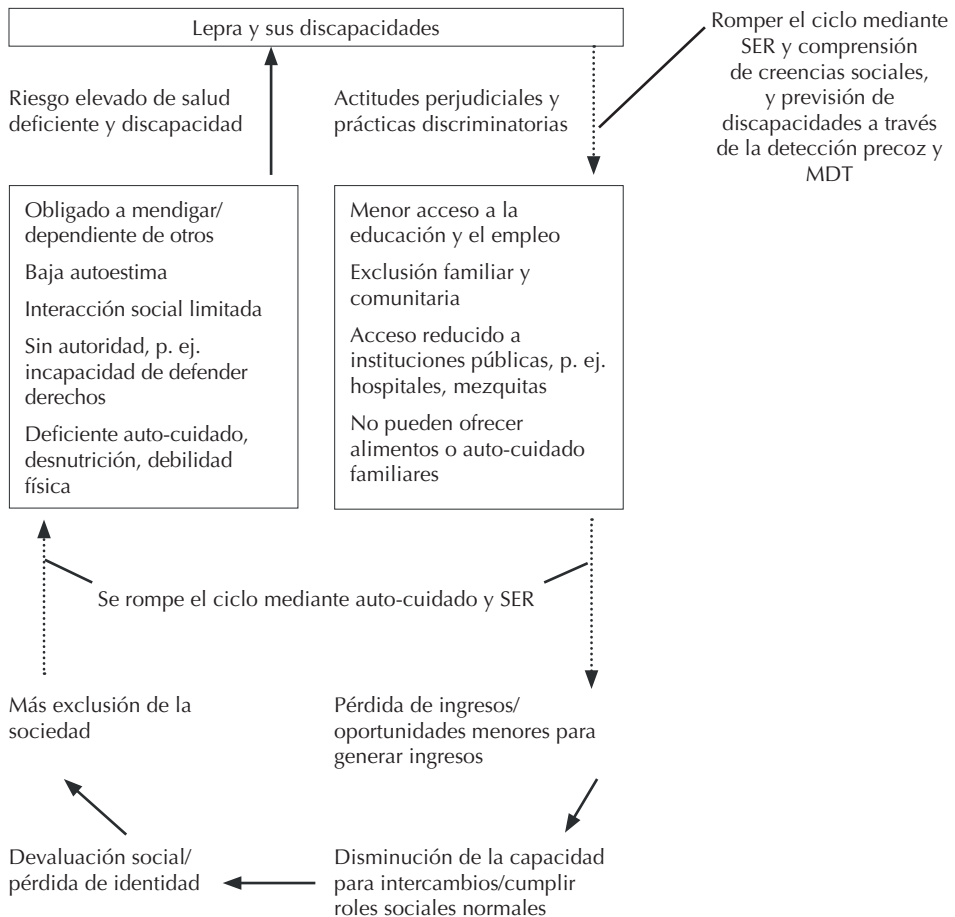


Figura 1: Marco conceptual del estigma relacionado con la lepra derivado de las respuestas de los entrevistados.

Reidpath *et al.*⁽⁷⁾ mantienen que la pertenencia a la comunidad está determinada por el valor social de los grupos/individuos y que el estigma es el marcador de las personas no merecedoras de asociación o inclusión social. Los individuos que son juzgados como contribuyentes pobres económicamente, portadores de infección o físicamente discapacitados son excluidos socialmente en mayor medida que los contribuyentes y las personas “sanas”.^(4,7) Las entrevistas llevadas a cabo por esta investigación nos revelan que la estigmatización de la lepra en el norte de Nigeria puede ser evaluada mediante el concepto de amenaza por Reidpath *et al.* en el grupo contribuidor social/económico. De acuerdo con este punto de vista, se puede especular que quienes están empleados y son capaces de generar ingresos o contribuciones económicas, serán juzgados como de mayor relevancia social y bien recibidos por la sociedad, mientras que los discapacitados sin empleo serán socialmente excluidos. Esto puede en parte, explicar la exclusión social de las personas afectadas por la lepra con discapacidades visibles en el norte de Nigeria.

Junto a los problemas originados por las discapacidades de la lepra, otra unión entre valoración social y estigmatización podría ser la pobreza de Nigeria. A pesar de los elevados ingresos procedentes de la venta de crudo y sus elevadas reservas, entre los años 2002-2007, todavía hay una elevada tasa de pobreza en Nigeria.⁽²⁰⁾ El problema se agrava todavía más por el impacto de los programas de ajuste estructural (SAPs) impuestos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional a lo largo de la década de 1990, para conseguir el pago de la deuda nacional. Los SAP estipulan bajas inversiones del gobierno en sanidad, educación e infraestructura social.⁽²¹⁾ Por ejemplo, la incidencia de la pobreza en el norte de Nigeria donde se llevó a cabo esta investigación es del >71%, comparada con el promedio nacional del 54% en 2007. Esta elevada tasa de pobreza conlleva a un crecimiento en el número de jóvenes y adultos desempleados.⁽²²⁾ Las familias y comunidades que luchan por cubrir sus necesidades se ven obligadas a rechazar a los miembros incapaces de contribuir al sostenimiento del grupo. En este clima creciente de exclusión, las personas discapacitadas se ven en la obligación de emigrar a las grandes ciudades para formar comunidades propias o participar en una sub-economía de pobreza- limosna/dependencia de los demás para su sustento.⁽²³⁾

La relación entre estigma y pobreza se ilustra con el comentario de un entrevistado varón— KI 7, que afirma: “La pobreza en sí es una forma de enfermedad. Nadie se relaciona contigo si no tienes nada (sin medios de vida). Sí, la rehabilitación reduce el estigma... porque las personas ya tienen algo de apoyo. Las personas que tienen algo no son estigmatizadas”. Este comentario sugiere que la valoración social de las personas sin medios productivos de vida o que son percibidos como una carga social para la comunidad es baja.

Las causas anteriores de estigmatización son: (i) la lepra y sus impedimentos y (ii) la falta de empleo o incapacidad de intercambio económico, se corresponden con dos o tres criterios para su exclusión comunitaria propuestos antes por Neuberger *et al.*⁽⁴⁾ Aunque la SER se implementó con la finalidad de incrementar la capacidad económica y no en la reducción del estigma, sin embargo, al afrontar los importantes valores sociales (autonomía en el empleo, y generar ingresos) de los que

adolecen los afectados por lepra, se advirtió que las discapacidades visibles y el estigma que previamente definía su identidad social ya no son tan relevantes.⁽⁷⁾ Del marco propuesto, la SER puede implementarse tanto para prevenir a los individuos que sufren consecuencias lamentables de discriminación como para ayudar a los que sufren consecuencias de exclusión (ver flechas discontinuas de la Figura 1).

DISCUSIÓN

Mientras que informes sobre la SER para la mejora de las condiciones sociales y económicas de las personas afectadas de lepra^(24,25) son escasos, hay algunos que si evalúan el impacto de la SER sobre la reducción del estigma.^(1,24,27) Los estudios que indican que la SER reduce el estigma a través de la mejora en las condiciones económicas y la interacción social, no identifican el/los mecanismo/s por los que las mejoras económicas estimulen la aceptación e interacción social.^(1,24,28) Este trabajo investigó si la ayuda a las personas afectadas de lepra con la SER conllevó a una reducción del estigma. Se integraron temas de discriminación con las posibles amenazas para el funcionamiento del grupo y necesidad de proporcionar un marco para describir el ciclo de estigmatización experimentado por las personas afectadas de lepra en el norte de Nigeria. Este marco reveló que las prácticas discriminatorias dan como resultado una exclusión por desempleo, instituciones familiares y sociales, por ejemplo hospitales y mezquitas. Las consecuencias de las prácticas discriminatorias dan como resultado una pérdida de ingresos, incapacidad de cumplir sus actividades sociales, menor capacidad para conseguir financiación, devaluación social, más discapacidad y estigmatización.

Al contrario de lo que se describe en la literatura, de que las personas con lepra están condenadas a la estigmatización,^(19,29) nuestros entrevistados opinan que la estigmatización relacionada con la lepra es más de tipo parcial que total. La impresión en el norte de Nigeria es que no hay nada inherente a las discapacidades causadas por la lepra, que interfieran con el cumplimiento de sus roles sociales. Además subraya la flexibilidad de las comunidades de acoger a los individuos que demuestran una capacidad de comprometerse en un trabajo productivo y en transacciones económicas para sus actividades familiares o comunitarias. Nuestros datos revelaron que los entrevistados se esforzaron para proteger su sitio en la sociedad y mantener su estatus. Creemos que la SER rompe el ciclo de estigmatización al proteger a las personas afectadas de lepra frente a la pérdida de su valoración social, al facilitar su participación en los roles sociales diarios en la comunidad, y en cambio protege su capacidad de comprometerse en los intercambios financieros.

CONCLUSIÓN

Utilizando los conceptos de amenaza para la supervivencia del grupo y reciprocidad económica, se ha desarrollado un marco con la información obtenida de nuestras entrevistas y mediante la comprensión de los procesos de estigma y el rol del SER en la estigmatización en Nigeria. Mientras que los análisis revelan la tendencia a excluir a los afectados por lepra en tiempos de crisis, hay flexibilidad hacia

la reincorporación de individuos productivos y contributivos. Esto sugiere que la estigmatización es más de carácter parcial que permanente. Hemos identificado los microcréditos y la formación profesional como componentes de la SER que inducen la reducción del estigma a través de mecanismos de protección del individuo frente a su posible pérdida social, al facilitar su compromiso en las tareas y obligaciones sociales diarias de su comunidad. Proponemos que a través de este mecanismo, la SER estimule actitudes positivas y la inclusión social de las personas afectadas por lepra en el norte de Nigeria. Recomendamos la comprobación empírica del marco propuesto para comprobar su utilidad en otras culturas.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Primero, hemos identificado el distanciamiento, la devaluación y la segregación por la familia como las actitudes negativas más comunes experimentadas por las personas afectadas de lepra y advertimos que en nuestras preguntas dirigidas a las personas del norte de Nigeria pueden haber influenciado las necesidades de los entrevistados y por tanto sus respuestas hacia los objetivos del investigador. Somos conscientes de que estas respuestas negativas *percibidas* hacia la lepra, pueden no siempre reflejar el comportamiento *actual* negativo, especialmente en contextos sociales que orientan hacia la tolerancia de los más desafortunados.

Por último, aunque hemos identificado el trabajo, la generación de ingresos y las contribuciones económicas como valores sociales para su inclusión en el norte de Nigeria, hay que advertir que existen culturas donde el estigma relacionado con la lepra se explica por conceptos como pecado, peligro y transgresión moral. Además, reconocemos que la estigmatización de la lepra no es universal. En sociedades más igualitarias, el estigma puede ser menor, aunque las expectativas sociales y las respuestas a la lepra y por tanto, la forma del estigma puede estar ligada a las condiciones específicas, históricas y culturales de algunas sociedades.⁽³⁶⁾ Por ejemplo, en Sepik Oeste, en la provincia de Papúa Nueva Guinea,⁽³¹⁾ no hay estigma relacionado con la lepra, ya que algunas consideraciones prácticas lleva a sus habitantes a considerar la lepra menos preocupante que otras afecciones cutáneas. Aunque el contexto difiera del norte de Nigeria, opinamos que emplear el concepto de amenaza para la supervivencia del grupo, puede facilitar el análisis y la identificación de las intervenciones más adecuadas culturalmente para la reducción del estigma.

AGRADECIMIENTOS

Un análisis anterior a este fue expuesto como presentación oral en la 4ª Conferencia Internacional sobre el Estigma. "Juntos contra el Estigma", que tuvo lugar en Londres del 21 al 23 de enero de 2009. Agradecemos los comentarios aportados por el grupo de discusión. La investigación fue apoyada económica por The Leprosy Mission. Agradecemos a los rehabilitadores y líderes de los asentamientos de los cinco estados participantes por haber facilitado este trabajo. Los comentarios del Dr. Nick Emmel y dos revisores anónimos, sirvieron para mejorar sustancialmente este trabajo.

REFERENCIAS

1. Ebenso B, Ayuba M, Idah M *et al.* Impact of socio-economic rehabilitation on leprosy stigma in Northern Nigeria: findings of a retrospective study. *Asia Pac J Disabil Rehabil*, 2007; 18: 98–119.
2. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*, 2001; 27: 363–385.
3. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*, 2003; 57: 13–24.
4. Neuberg SL, Smith SM, Asher T. Why people stigmatize: toward a biocultural framework. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (eds). *The social psychology of stigma*. The Guilford Press, New York, 2000; pp. 31–61.
5. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*, 2005; 56: 393–421.
6. Kurzban R, Leary MR. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psycholo Bull*, 2001; 127: 187–208.
7. Reidpath DD, Chan KY, Gifford SM, Allotey P. 'He hath the French pox' stigma, social value and social exclusion. *Sociol Health Illn*, 2005; 27: 468–489.
8. Gussow Z, Tracy G. The phenomenon of leprosy stigma in the continental United States. *Lepr Rev*, 1972; 43: 85–93.
9. Silla E. People are not the same: leprosy and identity in twentieth-century mali. James Currey, Oxford, 1998; pp. 18.
10. Coleman L. Stigma: an enigma demystified. In: Ainlay SC, Becker G, Coleman LM (eds). *The dilemma of difference: a multidisciplinary view of stigma (perspectives in social psychology)* Springer, New York, 1986; pp. 286.
11. Central Intelligence Agency. CIA-The World Factbook-Nigeria. 2005 [En línea] Disponible en Internet: <http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/geos/ni.html> [Consultado el 04 de junio, 2005].
12. Parris W. Socio-cultural attitudes towards Hansen's disease (leprosy). *Lambda Alpha J Man*, 1976; 7(2): 1–11.
13. Shiloh A. A case study of disease and culture in action: leprosy among the Hausa of Northern Nigeria. *Human Organ*, 1965; 24: 140–147.
14. Gould T. Don't fence me in. From curse to cure: leprosy in modern times. Bloomsbury, London, 2005; pp. 229.
15. Shankar S. Medical missionaries and modernizing emirs in colonial Hausaland: leprosy control and native authority in the 1930s. *J Afr Hist*, 2007; 48: 45–68.
16. Federal Ministry of Health, Department of Disease Control and International Health. *NTBLCP Workers Manual*. 1991. Part A. 2–4.
17. van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar RK *et al.* The participation scale: measuring a key concept in public health. *Disabil Rehabil*, 2006; 28: 193–203.
18. Calcraft JH. The effects of the stigma of leprosy on the income generation of leprosy affected people in Terai area of South East Nepal. *Asia Pac Disabil Rehabil J*, 2006; 17: 73–89.
19. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Penguin, London, 1990; pp. 19–20.

20. WHO Country Cooperation Strategy 2008–2013, Nigeria [En línea]. Disponible en Internet: http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_nga_2008_2013_en.pdf [Consultado el 07 de enero, 2010].
21. WHO Country Cooperation Strategy 2002–2007, Nigeria [Online] Available from World Wide Web: http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_nga_2002_2007_en.pdf [Consultado el 17 de febrero, 2005].
22. The British Parliament. Major Obstacles to reducing poverty in Nigeria [En línea] Disponible en Internet: <http://news.parliament.uk/2009/10/major-obstacles-to-reducing-poverty-in-nigeria-says-report/> [Consultado el 07 de enero, 2010].
23. Last M. Social exclusion in northern Nigeria. In: Hubert J (ed). *Madness, disability and social exclusion: the archaeology and anthropology of difference*. London, Routledge, 2000; pp. 217–239.
24. Gershon W, Srinivasan GR. Community-based rehabilitation: an evaluation study. *Lepr Rev*, 1992; 63: 51–59.
25. Abera M, Shanko M. Small loans schemes: the experience of Ethiopia. *Lepr Rev*, 2000; 71: 517.
26. Cross H, Choudhary R. STEP: an intervention to address the issue of stigma related to leprosy in Southern Nepal. *Lepr Rev*, 2005; 76: 316–324.
27. Heijnders M, van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med*, 2006; 11: 353–363.
28. Kopparty SN. Problems, acceptance and social inequality: a study of the deformed leprosy patients and their families. *Lepr Rev*, 1995; 66: 239–249.
29. Gussow Z, Tracey G. Status, ideology, and adaptation to stigmatized illness: a study of leprosy. *Human Organ*, 1968; 27: 316.
30. Waxler NE. Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness. In: Mishler E, Amarasinh LR, Hauser ST, Liem R, Osherson SD, Waxler NE (eds). *Social contexts of health, illness and patient care*. Cambridge University Press, Cambridge, 1981; pp. 169–194.
31. Lewis G. Double standards of treatment evaluation. In: Shirley Lindenbaum, Margaret Lock (eds). *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine in everyday life*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1993; pp. 189–218.

PREVALENCIA DE LA SÍFILIS EN EMBARAZADAS DE SEIS CIUDADES BRASILEÑAS

Adele S. Benzaken*, Enrique Galban Garcia**, Valdir Monteiro Pinto***, Eduardo Campos de Oliveira***, Denis Ribeiro***, Fabio Moherdau***

RESUMEN

Objetivos: Estimar la prevalencia de sífilis en gestantes de seis ciudades de Brasil y su asociación con variables socioeconómicas, demográficas y de comportamiento.

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal, que incluyó gestantes atendidas en consultorios prenatales de la atención primaria de salud entre los años 2004 y 2005. Se realizó examen de tamizaje para sífilis usando RPR y examen confirmatorio (ELISA) en las que resultaron positivas. Se aplicó un cuestionario para coleccionar informaciones sociodemográficas, clínica-obstétricas, y de la actividad sexual de las voluntarias. Para el análisis estadístico y evaluar los factores de riesgo asociados a la sífilis se realizó análisis bivariado y multivariado por regresión logística múltiple y las pruebas "t" de Student, Chi² y test exacto de Fischer.

Resultados: Fueron enroladas 3.303 gestantes, cuya edad media fue 23,8 años ($\pm 6,9$). La prevalencia de sífilis fue 2,6%. Más del 90% de las gestantes con sífilis presentaban infección latente. El riesgo de tener sífilis fue ocho veces mayor para las gestantes que refirieron haber tenido más de una pareja sexual en el último año. Otros predictores de la infección treponémica fueron: edad mayor de 40 años, nivel de escolaridad baja, tener antecedentes de úlceras genitales, y haber tenido pareja sexual con úlcera genital.

Conclusiones: Se observó, en las gestantes brasileiras una prevalencia de sífilis elevada. El principal factor de riesgo para esta infección fue tener más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

Palabras clave: Sífilis, Gravidéz, Prevalencia, Enfermedades de transmisión sexual, ITS.

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de búsqueda de atención médica en el mundo y ellas tienen consecuencias económicas, sociales y sanitarias muy importantes⁽¹⁾. Algunas de estas infecciones

* Fundação Alfredo da Matta-Manaus-Amazonas-Brasil.

** Universidad Calixto Garcia- Havana- Cuba.

*** Departamento Nacional DST/ aids e Hepatites Virais – Secretária de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde do Brasil.

afectan, de manera significativa a las mujeres en edad reproductiva y a sus hijos. Entre ellas se destacan por su magnitud y trascendencia las infecciones por *Treponema pallidum* y por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causantes de elevadas tasas de mortalidad perinatal y en menores de 1 año. En este sentido, contrastan la persistencia de elevadas tasas de prevalencia que subsisten en muchos países y regiones del mundo, con los buenos resultados en su control que exhiben los lugares que han alcanzado un adecuado nivel de control con una excelente relación de costo beneficio.

Estos escenarios positivos pueden alcanzarse mediante la implementación de planes y programas adecuados para la prevención y control de las ITS⁽²⁾. Es recomendable que las estrategias de control de las ITS sean articuladas e integradas con otras intervenciones destinadas a prevenir la morbimortalidad fetal, neonatal e infantil y ser sometidas periódicamente a evaluaciones de su ejecución, con el fin de poder alcanzar indicadores de mayor calidad en la atención prenatal.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública en muchos países se destacan la falta de percepción de los proveedores de salud sobre las graves implicaciones de esta enfermedad, especialmente en la infancia, la existencia de barreras para el acceso a los servicios de atención prenatal y el estigma y la discriminación que suele acompañar a las personas afectadas por cualquiera de estas infecciones.

Las gestantes infectadas por el *T. pallidum* que no reciben tratamiento o que no son tratadas adecuadamente, pueden transmitir la infección al feto en cualquiera de las fases de la gestación y del estadio clínico de la sífilis en que se encuentren⁽³⁾. La probabilidad de la infección fetal durante las fases primaria o secundaria de la enfermedad en la madre varía entre 70% y 100% y es de 30% en las fases tardías (sífilis latente tardía y sífilis terciaria)⁽⁴⁾. Se estima que dos tercios de los embarazos infectados concluirán en muertes fetales y sífilis congénitas^(5,6), situación que persiste como una de las principales causas de enfermedad y muerte perinatal en muchos países.^(7,8)

A pesar de que está comprobado que esas muertes y complicaciones podrían ser evitadas con el empleo de tecnologías accesibles y de bajo costo, la sífilis permanece como problema de salud importante a nivel global. La Organización Mundial de la salud (OMS) estima que cada año ocurren alrededor de 12 millones de casos nuevos de sífilis, 90% de ellos en los países en desarrollo⁽⁹⁾. Incluso, en algunas regiones de Europa oriental y occidental, donde la enfermedad era considerada bajo control, se observa un incremento de su incidencia en años recientes^(10,11).

La mayoría de los países han adoptado la estrategia de la pesquisa universal de sífilis en las gestantes, pero esta intervención no se aplica de manera sistemática en muchos de ellos. Por ejemplo en África al sur del Sahara menos del 30% de las gestantes son examinadas para sífilis^(2,13) y en algunos países de América latina esa cifra alcanza indicadores semejantes⁽⁵⁾.

El gobierno de Brasil, por haber realizado de manera periódica estudios de prevalencia de sífilis en parturientas (estudios probabilísticos de base poblacional) dispone de información acerca de los valores de prevalencia de esta infección en

este subgrupo de población en el país, pero el presente estudio (planificado por el Departamento Nacional de DST y Aids del Ministerio de Salud como una investigación multicéntrica en seis ciudades capitales de estados) aporta resultados que pueden ser utilizados como fuente de información complementaria, ya que además de los valores de la prevalencia de la infección, incluye el análisis de la asociación de un conjunto de variables sociales y de comportamiento sobre la sexualidad, que contribuirá de manera importante para la elaboración de nuevas intervenciones dirigidas para el control de la sífilis y para la eliminación de la sífilis congénita.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio forma parte de una investigación multicéntrica de ámbito nacional denominado "Prevalências e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005" (Prevalencia y frecuencias relativas de enfermedades de transmisión sexual en poblaciones seleccionadas de seis capitales brasileras, 2005).

Se realizó un estudio de corte transversal ejecutado entre los años 2004-2005, y la muestra empleada en el mismo procedió de la población de gestantes atendidas en clínicas de atención prenatal ubicadas en unidades seleccionadas del nivel primario de salud, de seis ciudades de Brasil (Manaus, Fortaleza, Goiania, Río de Janeiro, São Paulo y Porto Alegre).

Al seleccionar las ciudades participantes se buscó que estuvieran representadas en el estudio las cinco macroregiones geográficas en que habitualmente se divide el Brasil para la realización de estudios de cobertura nacional (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sur), y para ello se seleccionó una de las ciudades más importantes de cada macroregión, excepto para el sudeste, que al ser la región más populosa, se seleccionaron dos ciudades (Río de Janeiro y São Paulo).

El cálculo del tamaño de muestra se basó en los parámetros siguientes: prevalencia de sífilis esperada 2,5%, error aceptable 0,5% y valor de 0,5%, siendo estimado un tamaño muestral de 3.600 participantes distribuidas de manera uniformemente en 600 para cada una de las seis ciudades incluidas. La inclusión de cada gestante fue realizada de manera consecutiva, iniciada a partir de un día seleccionado al azar y las voluntarias procedieron de dos servicios de atención prenatal por cada ciudad, los que también fueron seleccionados de manera aleatoria.

Las gestantes se enrolaron de manera voluntaria en su primera consulta prenatal independientemente de su edad y tiempo de gestación y fueron excluidas aquellas que hubieran recibido tratamiento con antibióticos en los 15 días anteriores.

El mismo día de la consulta se colectaron especímenes de sangre para el estudio de sífilis, las cuales fueron centrifugadas y almacenadas a -20°C y posteriormente enviadas al laboratorio de referencia de cada ciudad. Una vez procesadas las muestras, fue considerado positivo para sífilis un resultado reactivo al examen de RPR, confirmado posteriormente con el empleo del test "Enzyme-linked immunosorbent assay" (ELISA) *Trepanostika TP Recombinant*, ambos del Laboratorio Biolab-Mérieux, cuyos valores de sensibilidad y especificidad fluctúan entre 79-98 % y 85-100%

respectivamente⁽¹⁴⁾. Todos los laboratorios de referencia participantes disponían de un sistema de control de calidad.

Se diseñó un cuestionario en el cual, los profesionales participantes recogieron la información sociodemográfica, clínica, gineco-obstétrica, y epidemiológica de interés, incluyendo los antecedentes ITS así como los datos del examen tocoginecológico y los resultados del estudio de laboratorio para sífilis. Una base de datos con toda esta información fue creada en el software EpiInfo 6.04 (*Centers of Disease Control and Prevention*, EUA).

Para evaluar los factores de riesgo asociados a la sífilis fue realizado análisis bivariado y multivariado por regresión logística incondicional empleando el estimador Odds Ratio (OR). Para la comparación de la distribución de variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student y para las cualitativas se utilizaron las pruebas de o Chi-cuadrado y el test o exacto de Fischer.

Las variables de mayor interés analizadas fueron la edad, escolaridad, estado civil, raza/color de la piel autoreferida, número de parejas sexuales en el último año, uso de preservativo, práctica de coito anal, uso de drogas, antecedente de práctica sexual con persona viviendo con VIH/SIDA (PVHA) y antecedentes de ITS.

Esta investigación fue aprobada por el Comité Nacional de Ética en Investigaciones biomédicas y por los respectivos comités de cada institución participante. Todas las gestantes o los representantes legales de las menores de edad aceptaron participar del estudio, habiendo firmado el término de consentimiento libre y esclarecido conforme Resolución N° 196 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Fueron incluidas un total de 3.303 gestantes con edad promedio de 23,8 años ($\pm 6,9$ años). Aproximadamente 30% tenían menos de 20 años y casi 80% menos de 30 años. La Tabla 1, que resume la distribución porcentual de las principales variables demográficas y socioeconómicas, muestra que cerca del 80% de las participantes se consideraron como pardas (mestizas) o blancas, casi tres cuartos eran casadas o vivían en unión estable, la mitad habían concluido ocho (8) grados de escolaridad y las familias de alrededor del 80% tenían ingresos de hasta cuatro salarios mínimos mensuales (un sueldo mínimo mensual de cerca de US\$ 300,00).

La edad media de la primera relación sexual fue de 15,5 años y aproximadamente el 17% del total de las gestantes refirieron haber tenido más de una pareja sexual en el último año y 15% relataron tener parejas eventuales en ese periodo (Tabla 2).

El 6% refirió usar condón de manera sistemática con sus parejas fijas, así como también, 45% de las que refirieron tener parejas eventuales. Una cuarta parte admitió tener relaciones sexuales anales en los últimos 12 meses; 3,7% dijeron tener parejas sexuales que eran usuarios de drogas y 1,5% de ellas mismas, también, fueron o continuaban siendo consumidoras de drogas ilícitas.

El antecedente de ITS se comportó de la manera siguiente: corrimiento vaginal, (definido como secreción con características diferentes a las producidas durante los periodos cíclicos de variaciones hormonales) fue el más frecuente con 57,9%, mien-

tras que los antecedentes de verrugas, úlceras o vesículas en el área genital, fueron referidos respectivamente, por 6,5%, 4,4% y 4,3% del total de gestantes Tabla 2.

La prevalencia global de sífilis en las gestantes fue 2,6% (IC95% entre 2,1% -3,2%), de las cuales más del 90% se trataban de infecciones latentes. La tasa de prevalencia aumentó de manera directamente proporcional al incremento en el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses: una sola pareja (3,4%); dos a cuatro (3,5%) y más de cuatro parejas (7,4%), siendo este incremento estadísticamente significativo (Test de Chi cuadrado por tendencia lineal OR=1 para pareja única; 1,47 para 2-4 parejas y 2,99 para más de cuatro $p<0,05$). De manera general las mujeres con más de una pareja sexual en el último año presentaron un riesgo ocho veces mayor de estar infectada por *T. pallidum* (Tabla 3).

Se identificó un riesgo de sífilis significativamente mayor entre las gestantes que solo alcanzaron la enseñanza primaria, las de más baja renta, con antecedentes de úlcera genital y las que tuvieron más de una pareja en el último año (Tabla 3).

La prevalencia de sífilis entre las mujeres que refirieron practicar sexo anal (3,1%) fue mayor que las que lo negaron (2,5%), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,38$).

DISCUSIÓN

A pesar de que se dispone de métodos de diagnósticos adecuados y de un tratamiento simple, la sífilis continúa siendo un importante problema para la salud pública. El trabajo actual identificó que el 2,6% de las gestantes evaluadas estaban infectadas por el *T. pallidum*.

A nivel internacional las tasas de prevalencia de sífilis en gestantes son muy variables. En una investigación realizada en Tanzania se encontró una prevalencia de 1,6% ⁽¹⁵⁾. Tasas inferiores a las encontradas en este estudio fueron observadas en China e Italia, en las que apenas 0,2% y 0,49% de las gestantes estudiadas, respectivamente, presentaron positividad para *T. pallidum* ^(16,17), diferencias que pueden reflejar variaciones geográficas, poblacionales y de calidad de los servicios de salud locales.

En otros países en desarrollo como Botswana y Bolivia se observaron prevalencias de sífilis más elevadas, respectivamente con valores de 5% y 7,2% ^(18,19).

En Brasil, la prevalencia encontrada en este estudio corrobora otros datos nacionales disponibles. El Estudio poblacional Brasileiro realizado con anterioridad identificó sífilis en 1,6% de las parturientas estudiadas ⁽²⁰⁾. En Vitoria otra ciudad Brasileira, Miranda y colaboradores ⁽²¹⁾ observaron 3% de positividad para sífilis en este grupo. Las evaluaciones de parturientas/puérperas identificó 1,4%, 1,7% y 2,3% de prevalencia de sífilis en las ciudades de Aracaju ⁽²²⁾, Belo Horizonte ⁽²³⁾ y Campo Grande ⁽²⁴⁾, respectivamente.

Los principales predictores de la infección treponémica fueron la edad mayor de 40 años, la escolaridad baja, el antecedente de úlceras genitales, tener más de una pareja sexual en el último año y tener pareja con úlcera genital o que fuera usuario de drogas inyectables. Todos ellos son coincidentes con los principales factores de riesgo relatados en la literatura internacional. ^(15,21)

A pesar de que las gestantes son usualmente consideradas como una subpoblación con bajo riesgo para las ITS, un porcentaje significativo de las mujeres enroladas en este estudio refirieron haber tenidos parejas eventuales en el último año. Además de ello, más del 90% de la positivas presentaban infección latente.

Concomitantemente a estos datos, el estudio representativo de la población brasilera de gestantes realizado por DN-DST/Aids e Hepatitis Virales*, mostró que 0,4% de las negativas al primer VDRL se tornan positivas en el segundo examen, demostrando que una cierta cantidad de las mujeres se puede infectar (o reinfectar) durante el periodo de la gestación.

A pesar de que este estudio no es representativo para todo Brasil, los resultados obtenidos permiten realizar inferencias sobre la sífilis en gestantes y consecuentemente en la población sexualmente activa de las seis ciudades incluidas, las cuales podrían representar a la población urbana de las grandes ciudades de las cinco macroregiones brasileras.

De acuerdo con indicadores establecidos por la OMS⁽²⁵⁾ una tasa de prevalencia de sífilis en gestantes igual o superior a 1% representa un peso importante para la salud pública. Los valores de prevalencia para sífilis en gestantes encontrados en este estudio sugieren que la sífilis es un problema de salud relevante en Brasil y orientan hacia la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal en relación con la atención a las enfermedades relacionadas con la sexualidad, e incluyen el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno tanto de las gestantes como de sus parejas. Para ello será necesario implementar políticas públicas que contribuyan más adecuadamente a la eliminación de la sífilis congénita, incluyendo el Plan Operativo para la reducción de la Transmisión vertical de la sífilis y el VIH.⁽²⁶⁾

REFERENCIAS

1. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). *Tracking the Hidden Epidemics. Trends in STDs in the United State* [Internet site]. Centers for Diseases Control and Prevention(CDC).Available:<http://www.cdc.gov/std/Trends2000/Trends2000.pdf>. Accessed 02 December 2008.
2. Thorne C, Newell M. epidemiology of HIV infection in the newborn. *Early Hum Dev* 2000, 58:1-16.
3. Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *ClinPerinatol* 1997, 24: 71-90.
4. Ingal D, Dobson SRM, Musher D. Syphilis. In: Remington JS, Klein J. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. Philadelphia: WB Saunders; 1990: 60-8.
5. Valderrama J. *Eliminación de la sífilis congénita en Latino América y El Caribe: marco de referencia para su implementación* [Internet site]. Organización Pan-Americana da Saúde(OPAS).Available:<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf>. Accessed 27 November 2008.

* Datos no publicados del Estudio Centinela-Parturientas, 2006, do PN-DST/Aids.

6. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Org* 2004, 82(6):424-30.
7. Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy Plan* 2001, 16:29-34.
8. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bul World Health Org* 2004, 82:402-9.
9. Organização Mundial da Saúde. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections* [Internet site]. Organização Mundial da Saúde. Available: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf. Accessed 05 December 2008.
10. Shakarishvili A, Dubovskaya LK, Zohrabyan LS, St Lawrence JS, Aral SO, Dugasheva LG, et al. Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet* 2005, 366:57-60.
11. Buchacz K, Greenberg A, Onorato I, Janssen R. Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implications for HIV prevention. *Sex Transm Dis* 2005, 32:73-9.
12. Terris-Prestholt F, Watson-Jones D, Mugeye K, Kumaranayake L, Ndeki L, Weiss H, et al. Is antenatal syphilis screening still cost-effective in Sub-Saharan Africa? *Sex Transm Inf* 2003, 79:375-81.
13. Temmerman M, Mohamedali F, Franssen L. Syphilis prevention in pregnancy: an opportunity to improve reproductive and child health in Kenya. *Health Policy Plan* 1993, 8:122-7.
14. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diagnóstico sorológico da sífilis*. Brasília: BR; 1997. 84p. Série TELELAB.
15. Yahya-Malima KI, Evjen-Olsen B., Matee MI, Fylkesnes K, Haarr L. HIV-1, HSV-2 and syphilis among pregnant women in a rural area of Tanzania: Prevalence and risk factors. *BMC Infect Dis* 2008, 8:75-82.
16. Chen XS, Yin YP, Chen LP, Thuy NT, Zhang GY, Shi MQ, Hu LH, et al. Sexually transmitted infections among pregnant women attending an antenatal clinic in Fuzhou, China. *Sex Trans Dis* 2006, 33(5):296-301.
17. Marangoni A, Moroni A, Tridapalli E, Capretti MG, Farneti G, Faldella G, et al. Antenatal syphilis serology in pregnant women and follow-up of their infants in northern Italy. *Clin Microbiol Infect* 2008, 14(11):1065-8.
18. Romoren M, Rahman M. Syphilis screening in the antenatal care: a cross-sectional study from Botswana. *BMC Int Health Hum Rights* 2006, 6:6-8.
19. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, Garcia SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C, et al. Maternal and congenital syphilis in four provinces in Bolivia. *Salud Publica Mex* 2007, 49(6):422-8.
20. Szwarcwald CL. *Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinelas Parturientes 2004* [Internet site]. Programa Nacional de DST e Aids. Available: <http://www.aids.gov.br>. Accessed 25 October 2008.

21. Miranda AE, Alves MC, Neto RL, Areal KR, Gerbase AC. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitoria, Brazil. *Sex Transm Dis* 2001, 28:710-3.
22. Lemos LMD, Rivas JLL, Oliveira KF, Sarmiento C, Araújo LF. Perfil do Pré-natal em puerperas com VDRL reagentes em uma maternidade vinculada ao SUS. *J Bras DST* 2006, 18:96-8.
23. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Pan Saúde Púb* 2004, 16:168-75.
24. Figueiro-Filho EA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, Pozzobon L, Nunes TR. Sífilis Congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande-MS. *J Bras DST* 2006, 18:88-91.
25. Organización Mundial da Saúde. *Infecciones de transmisión sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS y herramientas para su implementación* [Internet site]. Organización Mundial da Saúde (OMS). Available: <http://www.oms.org>. Accessed 12 October 2008.
26. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*. Brasília: BR; 2007. 21 p.

Tabla 1: Características de las edades de las gestantes estudiadas según ciudades. Brasil, 2005

Ciudad	Número	Media	Mediana	Varianza	D. S.*	Valores extremos	
						Mínimo	Máximo
São Paulo	603	25,5	24	43,04	6,56	13	47
Río de Janeiro	521	21,8	19	50,34	7,1	11	42
Porto Alegre	400	24,3	23	58,3	7,64	11	44
Fortaleza	584	26,0	25	47,04	6,85	12	47
Goiânia	600	22,7	21	41,73	6,46	13	45
Manaus	598	22,5	21	32,56	5,70	12	44
Total	3.306	23,8	23,0	47,13	6,8	11	47

* Desviación Estándar.

Tabla 2: Distribución porcentual de las gestantes estudiadas según grupos de edades y ciudades participantes. Brasil, 2005

Grupo edad	São Paulo	Río Janeiro	Porto Alegre	Fortaleza	Goiânia	Manaus	TOTAL	
							No.	%
10-19	19,1	56,4	33,5	18,0	39,5	35,1	1.094	33,1
20-29	55,1	26,7	40,3	53,8	44,0	52,4	1.522	46,1
30-39	22,7	14,6	23,3	24,5	15,0	11,4	607	18,4
40-49	3,2	2,3	3,0	3,8	1,5	1,0	80	2,4
50-59	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Ign	-	0,0	-	0,0	-	0,5	-	0,0
Total	37,9	43,1	31,8	37,5	33,1	32,0	3.303	35,4

Tabla 3: Distribución porcentual de variables socioeconómicas según ciudades. Brasil. 2005

Variable		São Paulo	Río Janeiro	Porto Alegre	Fortaleza	Goiânia	Manaus	Total
Color/ piel	Blanca	55,9	31,7	77,8	21,7	48,0	14,9	39,9
	Negra	13,4	23,4	14,5	8,7	9,5	1,8	11,5
	Amárela	0,7	1,3	1,0	6,2	1,7	3,2	2,4
	Parda	27,4	41,7	5,8	59,9	38,2	68,1	42,0
	Indígena	2,2	0,2	0,3	1,2	1,0	4,2	1,6
	Non Resp.	0,5	1,7	0,8	2,2	1,7	7,9	2,6
E.C I V I L	UEstable	73,3	66,2	69,3	79,8	64,8	81,9	72,8
	Soltera	24,4	27,4	28,0	17,8	33,5	16,4	24,4
	Separada	2,2	3,3	21,0	1,7	1,2	1,7	2,0
	Viuda	0,2	0,2	0,8	0,7	0,2	0,0	0,2
	N Resp.	0,0	2,9	0,0	0,0	0,3	0,0	0,6
Escolar	Ninguno	1,5	0,6	0,8	2,2	1,0	1,2	1,2
	1ª -4ª	17,1	12,9	10,5	18,3	11,5	11,4	13,8
	5ª - 8ª	47,8	58,2	45,3	41,8	52,0	53,3	49,9
	2º G	31,8	26,7	39,3	36,1	32,0	33,3	33,0
	Superior	1,8	1,7	4,3	1,5	3,5	0,3	2,1
	Ign	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	-
Renda	< 2	31,5	33,4	31,0	54,5	39,7	40,0	28,7
	2 e 4	52,6	45,2	51,1	38,4	44,8	48,2	48,3
	5 e 10	11,6	16,5	11,5	6,0	8,0	6,2	16,5
	>10	1,0	3,1	1,5	0,3	0,7	0,3	3,2
	Ign	3,3	1,8	4,5	1,0	6,8	5,3	2,3

Tabla 4: Distribución porcentual de las variables de comportamiento estudiadas en las seis ciudades. Brasil. 2005

Variable	S. Paulo	R. Janeiro	P. Alegre	Fortaleza	Goiânia	Manaus	Total
Edad. 1ª rel. sexual	17,3	15,7	15,9	17,6	16,5	15,8	16,5
Mas de una pareja año	13,4%	21,5%	14,5%	14,6%	17,8%	18,2%	16,7%
Pareja eventual	13,8%	15,9%	12,2%	11,4%	21,5%	13,1%	14,6%
Uso condón p. Eventual	40,2%	48,2%	48,3%	27,4%	55,0%	56,0%	49,3%
Sexo anal	20,7%	22,0%	22,0%	22,1%	17,3%	22,9%	20,8%
Uso drogas Inyectables	2,5%	1,0%	2,8%	1,2%	1,3%	0,7%	1,5%

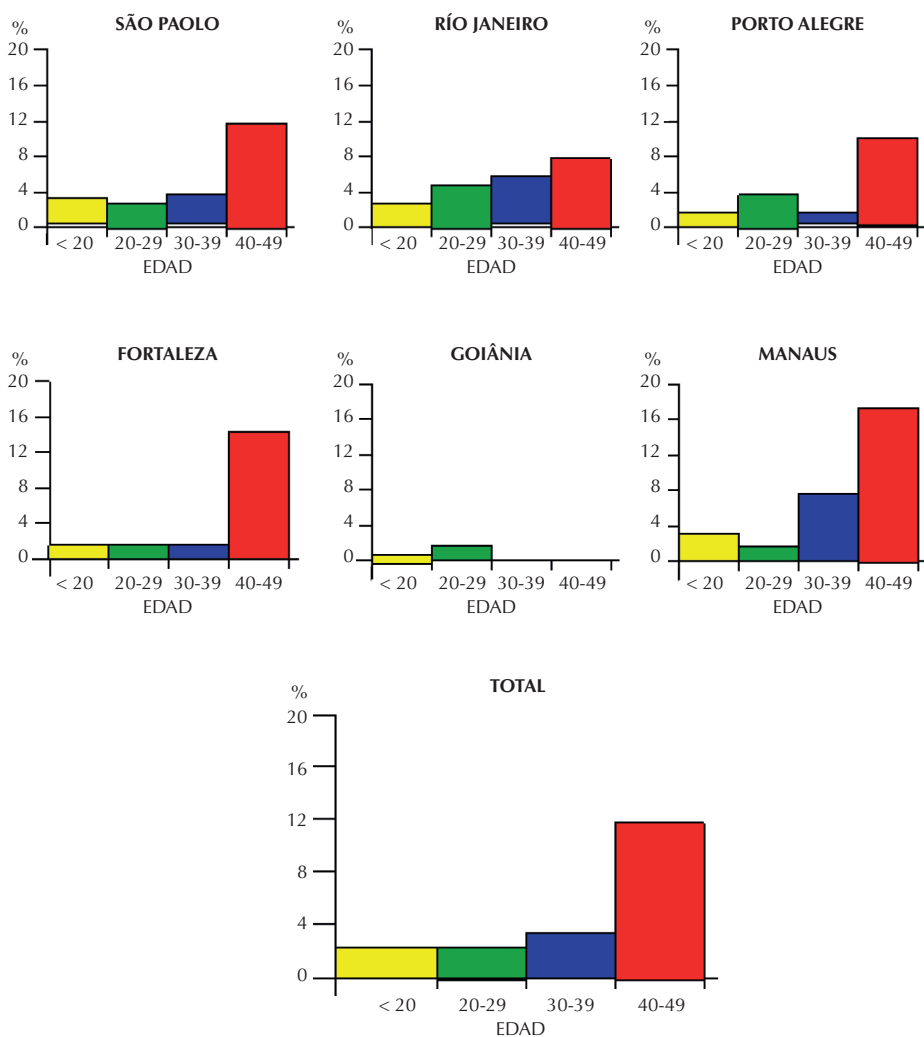
Tabla 5. Prevalencia de sífilis en gestantes de seis ciudades. Brasil, 2005

Ciudades	Estudiadas	Positivas	%
São Paulo	599	14	2,3
Río Janeiro	521	23	4,4
P. Alegre	355	10	2,8
Fortaleza	568	13	2,3
Goiânia	600	6	1,0
Manaus	588	19	3,2
Total	3.231	85	2,6

Tabla 6: Factores de riesgo asociados a la infección por sífilis. Brasil, 2005

PREDICTOR	ODDS RATIO	IC95%	p
Edad >40 años	5,4	2,31 - 12,25	0,0003
Baja renta	3,1	1,38 - 7,78	0,0057
Antecedentes de úlceras genitales	2,8	1,46 - 5,34	0,001
Menos de 2º grado escolaridad	2,1	1,19 - 3,60	0,0086
Parejas eventuales en último año	1,8	1,03 - 3,16	0,039
Uso de drogas inyectables	2,6	0,63 - 8,87	0,125

Gráfico 1: Sífilis en gestantes.
Prevalencia según grupos de edades y ciudades. Brasil, 2005



SÍFILIS CONGÉNITA EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE DIFÍCIL ACCESO: DESAFÍO A SUPERAR MEDIANTE USO DE LA TECNOLOGÍA

Adele S. Benzaken*, José Carlos Gomes Sardinha* y Enrique Galban Garcia**

INTRODUCCIÓN

La sífilis fue uno de los mayores problemas de salud pública en Europa y Norteamérica entre los siglos XVI y XIX, pero ya para la primera mitad del siglo XX su prevalencia, en estos territorios, decayó de manera importante debido al descubrimiento del agente causal (*Treponema pallidum*), el conocimiento de sus principales mecanismos de transmisión y conseguirse un mayor acceso al diagnóstico y tratamiento, particularmente después del advenimiento de la penicilina así como a la mejoría en las condiciones de vida de estas poblaciones. No obstante, en los últimos años la sífilis experimentó un nuevo recrudecimiento y aún persiste como una de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de mayor prevalencia ⁽¹⁾ y de igual manera que sucedió con la tuberculosis y la lepra (y como lamentablemente podría ocurrir, también, con el SIDA), continúa siendo un importante problema de salud pública en los países subdesarrollados y entre los grupos más vulnerables de los desarrollados.

En el contexto epidemiológico mundial reciente de la sífilis, se debe destacar el incremento de casos nuevos en los países que formaban la antigua Unión Soviética y el mantenimiento de focos de la enfermedad entre afro-americanos y descendientes de hispanos que viven en las regiones más pobres y en las áreas periféricas de las grandes ciudades de los Estados Unidos.

Su distribución global afecta de manera más intensa a los países en desarrollo de África, Asia y América Latina. La organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 1999 la ocurrencia de 12 millones de nuevos casos de sífilis, más del 75% de ellas en los países pobres y su tendencia en los años posteriores ha sido de continuo incremento ^(2,3,4,5,6,7).

La sífilis es una enfermedad infecciosa que se transmite predominantemente por medio de las relaciones sexuales no protegidas y también por la vía transplacentaria y a través de transfusiones de sangre infectada y ella puede conducir a importantes complicaciones y problemas relacionados con el embarazo y el parto así como potencializar la transmisión sexual del VIH ^(8,9).

El compromiso fetal con frecuencia termina en aborto, muerte perinatal o malformaciones congénitas. Las muertes fetales y la morbilidad por sífilis congénita pueden ser prevenidas cuando se identifica y trata adecuadamente a las gestantes infectadas antes del inicio del tercer trimestre. Desafortunadamente la mayoría de

* Fundação Alfredo da Matta – Manaus- Amazonas-Brasil.

** Universidad Calixto Garcia, Havana, Cuba.

las embarazadas con sífilis son asintomáticas y solamente es posible identificarlas cuando los programas de prevención y control de sífilis incluyen estudios serológicos de todas ellas.

Los programas de control de sífilis de muchos países en desarrollo establecen actividades de búsqueda de la infección en diferentes grupos de población y para ellos emplean algunas de las denominadas pruebas no treponémicas como Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) o la prueba rápida de Reagina en plasma/ Rapid Plasma Reagin (RPR).

A pesar de que estas pruebas son simples de realizar, tienen bajo costo y sus resultados se obtienen con relativa rapidez, con frecuencia no se utilizan en todas las unidades de la atención primaria de los países debido a la necesidad de refrigeración o requerir otras facilidades de laboratorio como la electricidad o el empleo de centrifugas, condiciones de trabajo raramente disponibles en áreas de difícil acceso, como ocurre por ejemplo, en la región amazónica. Podemos agregar a estas dificultades, que cuando estas pruebas son utilizadas en las gestantes puede haber hasta un 28% de los resultados positivos que son falsos biológicos, y que además, en condiciones ideales de trabajo se requiere de confirmación con pruebas adicionales de mayor especificidad (pruebas treponémicas como la prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes FTA-abs, prueba de microhemoaglutinación y hemoaglutinación para anticuerpos de *T. pallidum* TPHA, etc.) las cuales son caras y precisan de facilidades y personal de laboratorio especializado ⁽¹⁰⁾.

De acuerdo con el Sistema Nacional de de Notificación de Enfermedades en el Brasil (SINAM) entre los años 1996 y 2003 fueron notificados un total de 88.012 casos de sífilis adquirida, de ellos 10.230 en la región norte, 30.388 en la región nordeste, 9.627 en la región centro-oeste, 26.237 en la región sudeste y 11.530 en la región sur. Por su parte el Programa Nacional de DST/Aids del Ministerio de Salud de Brasil estimó para el año 2003 la ocurrencia de 937.000 casos nuevos de sífilis en el país correspondiéndole 138.558 a la región Sur, 64.172 a la centro-oeste, 71.402 a la norte, 263.504 al nordeste y 399.364 a la región sudeste. De estas informaciones se puede concluir que se notificaron menos del 10% de los casos de sífilis que ocurrieron.

La tasa de incidencia de sífilis congénita en Brasil, varió entre 1% en 1998 y 1,9% en el año 2004 y entre la población indígena fueron notificados en el periodo de enero del 2000 a enero del 2004 apenas 17 casos¹¹, lo que sugiere que el grado de subnotificación de SINAN es mucho mayor en los lugares donde la red de servicios de salud es inaccesible, como, generalmente, ocurre en las regiones habitadas por los pueblos indígenas de la Amazonia.

Brasil, en las dos últimas décadas ha realizado inversiones para la actividad sanitaria en la población indígena, promoviendo la universalización de la cobertura a través del Sistema Único de Salud (SUS), ampliando la red de atención primaria mediante la implantación del Programa de Salud de la Familia y de los Agentes Comunitarios de Salud y aunque ya se encuentra instalada una amplia red para el diagnóstico de laboratorio, la distribución de estos servicios es desigual siendo ello reflejo de las realidades diferentes que existen entre las regiones y dentro de las propias regiones.

Estos avances vienen siendo incorporados a la atención de la salud de los pueblos indígenas de manera paulatina mediante la implantación (realizada de manera participativa) de los Distritos Sanitarios Indígenas (DSEI), ordenados en bases territoriales definidas según criterios étnicos, demográficos y de la ancestral ocupación de las tierras indígenas (Mapa 1). La accesibilidad a los servicios ofrecidos en los DSEI tiene peculiaridades diferentes, relacionadas con las dificultades de acceso geográfico a los servicios, las barreras lingüísticas, restricción de demanda por razones culturales, conflictos inter-étnicos e intra-étnicos, inadecuada oferta de los servicios y de la calificación de los profesionales para las características culturales de la población atendida y otras ⁽¹²⁾.

Avanzar en el control, no solo de la sífilis, sino también, de otras enfermedades y problemas de salud que afectan a grupos poblacionales que viven en desventaja social por tener reducido su acceso a los servicios institucionales de salud representa una situación de inequidad, condición que el Sistema Único de Salud brasileiro, basado en sus principios y directrices, se propone superar mediante el tratamiento diferenciado a los diferentes escenarios, utilizando estrategias adecuadas para cada situación particular y de esta manera lograr reducir las desigualdades y acercarse a la tan deseada equidad.

El estudio que presentamos está relacionado con el empleo de las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis (Figura 1), procedimiento tecnológico de avanzada que no es empleado de forma rutinaria en la red básica de salud, pero, sin embargo, su introducción en las áreas de difícil acceso de la región Amazónica consigue, de una manera excelente, viabilizar el diagnóstico y tratamiento de los casos de sífilis existentes en los grupos poblacionales indígenas.

OBJETIVO

Describir la efectividad de una prueba treponémica rápida para el tamizaje de sífilis en condiciones de campo de poblaciones que viven en áreas de la región amazónica de difícil acceso y discutir los conceptos de universalización de la atención en este escenario.

METODOLOGÍA

En la región del Alto Río Negro, situada al Norte de Brasil, viven cerca de 21.000 indígenas distribuidos en 22 etnias diferentes, entre ellos los Hupdas. Este es un pueblo nómada, cazador y recolector, del cual existen 1.438 integrantes distribuidos en 25 comunidades que habitan a lo largo de las márgenes de los ríos Tiquié, Uaupés, e Papuri. Ellos no hablan portugués y son resistentes a la "medicina no tradicional". La Federación de las Organizaciones Indígenas del Alto Río Negro (FOIRN) tiene convenio con la FUNASA que participa en el Distrito Sanitario Especial Indígena con sede en San Gabriel de las Cachoeira, Amazona (Mapa1) que está responsabilizado con la asistencia de las comunidades indígenas del Alto Río Negro.

La notificación por la FOIRN de dos casos de sífilis congénita tardía (Figuras 2 y 3) con señales de malformaciones en dos niños (de uno y dos años de edad) de una misma familia de una comunidad de la etnia Hupda determinó la realización, entre los meses de noviembre y diciembre del 2003, de un estudio de campo con el objetivo de “rastrear” y tratar otros posibles casos de sífilis existentes en estas comunidades.

El estudio se llevo a cabo en cuatro de las comunidades Hupdas, las más próximas que por la época habitaban a lo largo del río Huaupés y de su afluente el arroyo Japú, y para el tamizaje de nuevos casos de sífilis se empleó la prueba rápida treponémica “Syphicheck-WB”, la cual había sido previamente validada en un servicio especializado para la atención de casos de ITS en la ciudad de Manaus.

El empleo de las pruebas rápidas que utilizan sangre total, colectada mediante punción digital posibilitó la realización de este estudio, ya que no era posible realizar el trabajo de la manera convencional, debido a la inexistencia de infraestructura de laboratorio y la imposibilidad de garantizar el transporte de las muestras de una manera adecuada desde las comunidades hasta Sao Gabriel da Cachoeira. Téngase en cuenta que estas comunidades se encontraban muy aisladas geográficamente, ubicándose a una distancia de Sao Gabriel da Cachoeira de dos días y medio de viaje por lancha con motor de popa de 40 HP, sin incluir varias horas adicionales de camino a pie. Del total de 479 indígenas que se encontraban presentes, en las cuatro comunidades, durante la visita del equipo de salud de la FOIRN, 282 (58,8%) aceptaron participar en el estudio y constituyeron nuestro universo de trabajo.

RESULTADOS

De las 282 personas estudiadas con la prueba rápida 19 (6,7%), incluyendo los dos casos de sífilis congénita iniciales resultaron positivas. Las prevalencias de casos de sífilis detectados en las cuatro comunidades variaron entre 0,0% y 12,7% (Tabla 1), observándose que la mayor tasa correspondió a la comunidad donde se habían detectado los casos índices que motivaron el estudio. Todos los casos identificados aceptaron y recibieron el tratamiento con penicilina inyectable siguiendo las normas del Ministerio de Salud de Brasil.

DISCUSIÓN

La constitución Brasileira, en su capítulo dedicado a la Salud y a las demás leyes que regulan la construcción del Sistema Único de Salud, expresa que la universalidad con equidad de derechos y oportunidades de asistencia para toda la población son algunos de los principios fundamentales que rigen el SUS. La literatura sobre el tema de equidad se refiere a las diferencias innecesarias y evitables que son injustas e incluye entre ellas al acceso inadecuado a los servicios públicos esenciales, entre ellos a los servicios de salud⁽¹³⁾. Por lo tanto, existe inequidad cuando “diferentes grupos de la población definidos por sus características sociales y demográficas, como por ejemplo etnia o educación tienen acceso diferente a los servicios de salud...”⁽¹⁴⁾

El binomio focalización y universalización se refiere a las desigualdades de los individuos en una sociedad dada, las que pueden ser desigualdades de clase, renta, género o raza entre otras muchas y que actuando como telón de fondo, terminan por ser inevitablemente una desigualdad social y es por esta razón que ella está estrechamente asociada al respeto y las formas o maneras mediante las cuales las sociedades se organizan para hacerles frente y combatirlas⁽¹⁵⁾.

Calificando los aspectos de focalización y universalización en qué término se colocaría en el contexto del SUS el problema enfrentado en este estudio:

“... la primera observación es que la focalización en el caso de la salud contempla, también, en su esencia otras interpretaciones que no son aquellas tradicionalmente atribuidas al repertorio de las reformas neoliberales privadas: necesariamente no se refiere de manera exclusiva a los más pobres, sino que también se refiere a focos específicos que pueden ser alcanzados para la solución de un problema específico determinado, sea el de las ITS, las principales causas de mortalidad infantil, salud de la mujer, u otro. En este caso la focalización de determinadas políticas sobre determinados problemas específicos que involucran ciertos grupos sociales a partir de características como sexo, edad, situación o lugar donde vive, entre otros, obedece al aspecto utilitario involucrado en cualquier política social, cuando se trabaja partiendo de determinados atributos de grupos sociales específicos y que definen su particularidad frente a los demás.

... “La segunda observación es el respeto al hecho de que la focalización significa políticas de acción reparadora para restituir a determinados grupos sociales el acceso efectivo a servicios esenciales (no solamente los básicos) y, con ello se configuran en derechos universales que hacen que los ciudadanos sean iguales solo en el sentido formal, puesto que en la práctica no lo son...”⁽¹⁵⁾

La Política Nacional de Atención de Salud Indígena incluye entre las principales directrices del subsistema de salud indígena la promoción y desarrollo de acciones específicas programadas para la prevención y control de enfermedades y daños a la salud que se consideran prioritarios y establece de manera explícita como deben organizarse desde el punto de vista jerárquico los DSEI y el modelo asistencial que debe ser implementado. Garnelo L⁽¹²⁾ ...” comenta que muchas de esas directrices no están siendo cumplimentadas de manera adecuada ya que al analizar los planes distritales de diversas regiones de Brasil encuentra que las programaciones que se describen se limitan a listar algunas estrategias de los programas nacionales de control de enfermedades, sin especificar adaptaciones locales que podrían tornarlas culturalmente más sensibles”. De igual manera cuando se verifican los insumos disponibles para la implementación de las actividades de prevención de la sífilis en poblaciones indígenas para los años 2005 y 2006 se prevé solamente la realización de VDRL (MS-Programa Nacional de DST/Aids-2005). La obvia dependencia de profesionales con entrenamiento específico, así como la ausencia de refrigeración, microscopio y energía eléctrica para su realización vuelven la prueba VDRL poco o nada operativa en las condiciones de campo encontradas en el territorio Hupda, incluido también el *modus vivendi* de este pueblo.

Si por un lado es reconocido que, el VDRL es una herramienta extremadamente útil en áreas más urbanizadas, por otro no es razonable esperar que los Hupdas y

los demás pueblos indígenas alcancen un nivel de “urbanización” o de civilización tal que les permita disfrutar de las bondades del VDRL o de otras tecnologías que son de uso habitual en la red de salud pública del país.

Por ello se entiende que la planificación existente en la actualidad para el control de la sífilis en poblaciones indígenas que recomienda el empleo de una técnica que probablemente será inútil, al menos en el territorio Hupda, conlleva a estos grupos a una clara situación de inequidad.

Aunque los resultados operacionales que demuestra este estudio no son suficientes del todo para abogar por la utilización extensiva de las pruebas rápidas en los pueblos indígenas, la reflexión realizada sobre las implicaciones del postulado constitucional de universalidad nos permiten recomendar su uso.

CONCLUSIÓN

El presente estudio demostró la necesidad que tienen los gestores, a los diferentes niveles, de reflexionar sobre las dificultades casi insuperables para conseguir el control de la sífilis congénita en regiones de difícil acceso como las habitadas por los pueblos indígenas, con el empleo de tecnologías para su diagnóstico, que solamente son efectivas en áreas urbanas. Se demostró, también, la efectividad de una tecnología diferente a la utilizada regularmente en la red pública de salud, gracias a su fácil operacionalidad, y a que no es dependiente de los recursos técnicos o humanos más sofisticados, que habitualmente no están presentes en el medio indígena, y que si ella estuviera disponible en estos escenarios contribuiría de forma decisiva para el aludido control de esta enfermedad.

Dado que en el postulado de universalidad que se recoge en nuestra constitución se fundamenta desde el punto de vista jurídico nuestro reclamo, es que se considera que es una medida de justicia incluir las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis en la planificación y ejecución de las acciones de salud para las poblaciones indígenas.

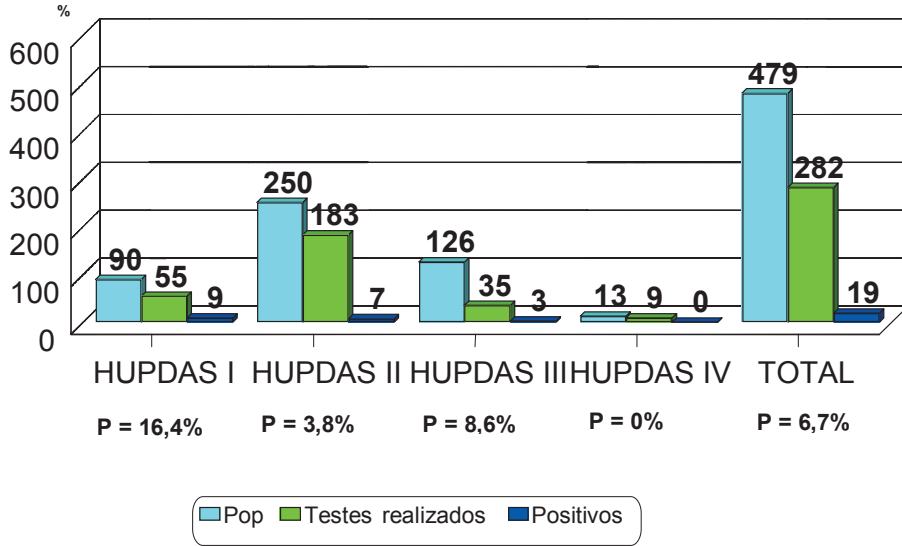
REFERENCIAS

1. Peeling RW & Htun Ye. Diagnostic tools for preventing and management maternal and congenital syphilis: and overview. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, June. 2004; 82(6), 439-446.
2. World Health Organization. Sexually transmitted infections increasing: 250 million new infections annually. Geneva, 1990 (WHO Features, n° 152).
3. De Schryver A, Meheus A. Epidemiology of sexually transmitted diseases – the global picture. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, 1990; 68: 639–654.
4. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva, World Health Organization 1995.
5. Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *The Lancet*, 1998; 351(suppl 3) : 2–4.

6. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. Geneva, World Health Organization, 2001. (document WHO/HIV_AIDS/2001.02, WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10).
7. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DH et al. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sexually Transmitted Infections*, 1998; 74 (suppl1):s12-s16.
8. Grosskurth H, Masha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. *The Lancet* 1995;346:530-536.
9. Orroth KK, Korenromp EL, White RG, Changalucha J, de Vlas SJ, Gray RH et al. Comparison of STD prevalence in the Mwanza, Rakai and Masaka trial populations: the role of selection bias and diagnostic errors. *Sexually Transmitted Infections*.2003;79:98-105.
10. Mabey D, Peeling RW, Ustianowski A, Perkins MD .Diagnostics for the developing world. *Nature Microbiology Reviews* 2004;2:231-240.
11. Programa Nacional de DST-Aids/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil.Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids.Coleção DST-aids- Série Manuais 64. Santos VL organizadora.Brasília DF; 2005. p.51.
12. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil.Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; 36-75.
13. Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *Epidemiology Community Health* 2000;54: 923-929.
14. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciências & Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 439-448.
15. Cohn A. O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e focalização nas políticas de saúde.In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.385-405.

ANEXOS

Tabla 1: Prevalencia de sífilis en pobladores de cuatro comunidades Hupdas residentes en Alto Rio Negro, Amazonas, Brasil



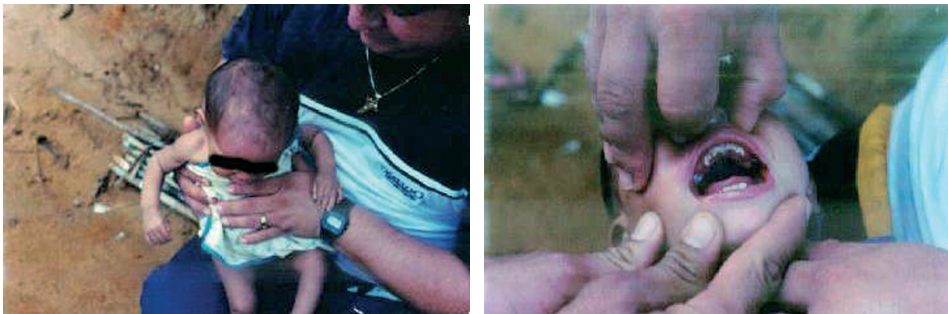
Fuente: FUAM

P= Prevalencia

Figura 1. Pruebas rápida para sífilis.



Figura 2 e 3. Niños con sífilis congénita, desnutrición y dientes de Hutchinson.



REUNIÓN ANUAL ILEP COUNCIL OF HAMMERSMITH, LONDRES

Durante los días 6 y 7 de octubre tuvo lugar en Londres la Reunión Anual de la Federación de Asociaciones de Lucha contra la Lepra (ILEP). La reunión tuvo lugar con la asistencia de todos los miembros y fue precedida por el Secretario General de la organización Sr. Douglas Soutar. Entre los temas tratados destacan el anuncio del Dr. Myo Thet Htoon, máximo representante de la Organización Mundial de la Salud para la Lepra de la reunión "Expert Committee on Leprosy" de Ginebra los días 12- 19 de octubre 2010. Asistirá el Prof. Cairns Smith Chair ILEP ITC como observador.

Uno de los objetivos es evaluar el mejor sistema de implementar la estrategia "Implementation of the Global Strategy 2011-2015" propuesta por la OMS en cada país.

También destacó el gran interés de su departamento en conseguir apoyos para los programas nacionales de lepra de países en situaciones excepcionales (Afganistán, Sudán, Somalia..) y agradeció el apoyo de NLR en la elaboración de un programa de formación para capacitación en lepra siempre teniendo en cuenta que en última instancia es el programa nacional de cada país el responsable de evaluar la calidad de la formación.

El tema de las peticiones y obtención de la multiterapia (MDT) suscitó muchas reclamaciones y quejas referentes a la falta de suministro de clofazimina para las leproreacciones. Se constató que el responsable es: Steve Lyons en la sede de la OMS de Ginebra y NLR propuso reunirse con Novartis para intentar resolver el problema.

LEPRA Y DERECHOS HUMANOS

Se ha aprobado un documento más específico para las personas afectadas de lepra para añadir al más general "Eliminación de la discriminación para los discapacitados" de 2008.

REHABILITACIÓN COMUNITARIA CBR

Varios miembros expusieron sus actividades en el campo de la CBR.

Se destaca su importancia y la falta de metodología para evaluar su impacto, ya que la OMS comenta durante los últimos 15 años la misma historia: "que hay entre 3 y 5 millones de personas afectadas" en los documentos que publica sobre el tema. En este sentido, la asociación alemana, GLRA presentará un cuestionario actualmente en fase de elaboración, para intentar determinar el verdadero impacto de la CBR.

A finales de noviembre se presentarán las nuevas guías sobre Directrices CBR elaboradas por la OMS a los correspondientes Ministerios de Sanidad (Mr. Chapel Knasnabis, OMS). ILEP evaluará su posible participación en la promoción de éstas guías.

DEVELOPMENT OF ILEP/INFOLEP PORTAL

El proyecto de unificación de las dos webs ya lleva 3 años en desarrollo y se espera que sea operativo a finales de este año. Se informará a cada miembro para que concrete que material quiere incluir y quizás se puedan ofrecer cursos para formación tipo e-learning en distintos idiomas.

BRASIL

Marcos Virmond (ILA) pretende organizar Congreso de Lepra en y para América del Sur para finales de 2011.

En cuanto a cifras totales de casos nuevos detectados entre 1994-2009 se constata que se mantiene prácticamente la misma tendencia. (2009: 37.610 casos, niños: 7.8%; índice de curación: 82%, discapacidades G2: ligero aumento durante últimos 4 años).

La Comisión Técnica (ITC) de ILEP informa sobre la conveniencia de adoptar el número de casos nuevos detectados con discapacidades grado 2 (DG2) como indicador más fiable para evaluar los programas nacionales de lepra.

También, se constata la preocupación sobre los informes de resistencias al tratamiento MDT y el programa elaborado por la OMS para evaluar la extensión y gravedad de este fenómeno.

FONTILLES EN MISIONES (ARGENTINA)

Cumpliendo con el compromiso adquirido hace ya dos años con las autoridades sanitarias y los equipos sanitarios de la provincia de Misiones en Argentina, celebramos en la ciudad de Iguazú las Jornadas Internacionales de Leprología y otras enfermedades olvidadas.

Estas Jornadas estuvieron patrocinadas por Fontilles y la UM, Universidad de Misiones bajo el lema Misión es Salud

Bajo la dirección del Dr. Pedro Torres y la Dra. Montserrat Pérez de Fontilles y el Dr. Jorge Deschutter subsecretario de Salud, dichas jornadas se impartieron los días 29 y 30 de noviembre pasados, contando con la asistencia de más de 50 delegados, del campo de la medicina, enfermería, bioquímica, personal de laboratorio y farmacia. Entre los asistentes se encontraban las responsables del programa de control de lepra a nivel nacional en Argentina, Dra. Antola, Paraguay, Dra. Alvarenga, así como los responsables de algunos distritos de la provincia de Misiones los cuales fueron invitados a presentar sus datos y sus casuísticas y con los que tuvimos oportunidad de intercambiar ideas y proyectos en el primer día de reunión. Todo ello fue muy interesante ya que el estado de Misiones se encuentra situado como un verdadero apéndice argentino entre Paraguay y Brasil.

La segunda jornada estuvo dedicada básicamente a temas inmunológicos, actualización sobre leishmaniasis, actinomicetales, etc. Se contó con profesorado internacional: Dr. Stanford de la Universidad de Londres, el Dr. Bottasso de la Universidad de Rosario.

Como último tema se trató de la estrategia global 2010-2015 para la lucha contra la lepra, la historia de Fontilles durante 100 años. Por último se celebró un taller sobre prioridades y necesidades de apoyo a la cooperación.

En los días posteriores realizamos visitas a proyectos en Posadas donde además la Dra. Pérez dio una conferencia en la Universidad sobre Enfermedades ligadas a la pobreza, y a El Dorado donde tuvimos oportunidad de visitar el hospital general y en detalle, el departamento de microbiología e intercambiar ideas con su personal.

FORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN ÚLCERA DE BURULI-HFG/ FONTILLES/ALM

Desde que la Asociación Fontilles empieza a colaborar con Ghana, en el año 2006, nuestra contraparte allí, *Health Foundation of Ghana* (en adelante, HFG) siempre ha considerado la formación como pilar fundamental del trabajo de control de la Úlcera de Buruli (en adelante, UB) en el país. Tanto es así que Fontilles ha colaborado ya con la formación del personal sanitario de 4 distritos endémicos del país, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y control de la enfermedad. En esta fase actual del proyecto, se pensó que, a la formación realizada convenía añadir el componente de Prevención de Discapacidades (en adelante, PDD), con el ánimo de formar al personal sanitario y voluntariado para que ellos puedan después preparar a pacientes y familias. El primer taller sobre Prevención de Discapacidades fue llevado a cabo durante los días 14, 15 y 16 de septiembre, en el distrito de Akuapem South. Contamos para ello con la importante colaboración de Linda Lehman, consultora técnica de *The American Leprosy Mission*, con larga experiencia en este campo de actuación y con Chris-Mike Agbelie, fisioterapeuta del Hospital de Agogo, uno de los centros de referencia para enfermos de UB en el país. El personal de HFG se encargó de toda la organización de la formación, siempre en colaboración de la Dirección Sanitaria del Distrito y del Programa Nacional de Lucha Contra la UB. Diecisiete fueron las personas seleccionadas para participar en el mismo. Durante los 3 días de curso, se trataron diferentes materias relacionadas con la enfermedad y sus consecuencias si el tratamiento no es el adecuado y de cómo podemos trabajar con los enfermos en sus comunidades.

Cabría resaltar del curso el buen clima existente, las enormes ganas de saber y la activa participación por parte de los asistentes. En el formulario de evolución final de la actividad todos coincidieron en señalar que los temas tratados habían sido de gran utilidad para el mejor cuidado de las personas afectadas de UB, pero también para otro tipo de discapacidades.

A continuación presentamos el informe detallado que Linda Lehman preparó tras la finalización de la formación.

INFORME DE LA FORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN ÚLCERA DE BURULI ORGANIZADO POR HEALTH FOUNDATION OF GHANA AKUAPEM-GHANA. 14-16 de Septiembre, 2010

(Informe realizado por Linda F. Lehman, OTR/L MPH C.Ped, Consultora técnica de *American Leprosy Missions*).

INTRODUCCIÓN

HFG estaba interesada en incluir acciones simples para prevenir discapacidades en sus actividades comunitarias de control de la UB. Esta formación se ha hecho posible gracias al esfuerzo de colaboración entre HFG, Fontilles, ALM, Ghana Health

Service y la Municipalidad de Akuapem South. La financiación por parte de Fontilles junto con el proceso organizativo de HFG y la asistencia técnica del personal de ALM han hecho posible la realización de esta primera actividad sobre Prevención de Discapacidades en UB basada en la comunidad, de una duración de 3 días, con la intención de que, tras este primer taller, HFG quede capacitada para poder continuar las actividades formativas y de seguimiento en PDD siempre en colaboración con los Servicios Sanitarios Municipales y Distritales.

El Distrito de Akuapem South fue el elegido por HFG como lugar para la formación por haber participado en formaciones anteriores y por el compromiso que habían demostrado para mejorar el control y cuidado de los casos de UB a través del Proyecto de HFG/Fontilles de control de esta enfermedad. Las fechas del taller serían del 14 al 16 de Septiembre, suponiendo que el facilitador de la formación debería llegar antes de estas fechas para trabajar con el facilitador local en la organización y logística del curso y se quedaría un día después de la formación para la revisión y conclusión final de los resultados de la misma. HFG preparó los materiales necesarios para el taller. La llegada al lugar donde se realizaría el curso fue la tarde anterior al inicio del mismo, pero no conseguimos reunirnos con posibles pacientes y cuidadores que pudiesen ser presentados durante la formación para la realización de prácticas clínicas. Se observó cierta dificultad a la hora de conseguir pacientes pero estos problemas fueron resueltos por HFG. Uno de los pacientes que participó en la formación durante la segunda jornada marchó a su casa y le recomendó a un amigo que tenía una úlcera en el tobillo que viniese a consultar a los agentes de salud durante la formación. Apareció el último día, pero por motivos de falta de tiempo, tuvo que ser derivado por el responsable sanitario hacia el servicio que se encargaría de sus cuidados.

La formación se basó en el material entregado a los alumnos sobre las “10 Tareas para la Prevención de Discapacidades”. El contenido de la misma fue inicialmente preparado para una duración de 3 días (24 horas), pero se reajustó a 18 horas, debido a la necesidad por parte del alumnado para los traslados de y hasta sus casas y el retraso en el inicio durante la primera jornada. Se intentó utilizar una metodología didáctica participativa e interactiva.

Linda Lehman, de ALM, Charles Yeboah, de HFG y Chris-Mike Agbelle, fisioterapeuta del Hospital Presbiteriano de Agogo fueron los facilitadores primarios del curso, con Lynda Arthur y el personal de HFG como facilitadores logísticos y administrativos del curso. Charles Yeboah y Chris-Mike Agbelle utilizaron el enfoque cultural del país y la traducción a las lenguas autóctonas para asegurar la completa comprensión por parte del alumnado. Hubo una participación de 19 alumnos, de los cuales 17 eran de Akuapem, un estadounidense que reside y trabaja en Benin y la representante de la Asociación Fontilles. De los 17 participantes de Akuapem, 6 eran Personal de Salud Pública, 5 eran enfermeras y 6 eran voluntarios de vigilancia comunitaria.

Tuvimos la participación de algunos pacientes durante el taller. Hubo un paciente que estuvo disponible durante el primer y segundo día y 4 pacientes más disponibles sólo el segundo día. Los participantes pudieron practicar la evaluación y

documentación de los casos, la aplicación de la Escala de Limitación Funcional para UB (BUFLS) y discutieron sobre las intervenciones a realizar según los resultados de la evolución. Se observaron los resultados obtenidos tras llevar a cabo algunas actividades de auto-cuidado por parte de uno de los pacientes que presentaba edema en la extremidad inferior con limitación de los movimientos y úlceras. Fue muy positivo el poder disponer de personas afectadas por UB voluntarias para participar y contribuir a la formación del personal sanitario.

OBJETIVOS DEL CURSO

Fomentar el desarrollo de actividades de PDD en la comunidad por parte de los Equipos comunitarios seleccionados para ello.

Estimular la implicación de las comunidades en la identificación temprana de casos de UB y en la prevención de discapacidades.

Desarrollar el conocimiento y habilidades básicas en PDD necesarias para identificar, tratar y monitorizar las complicaciones asociadas a UB en la comunidad y saber cómo y dónde derivar las situaciones más complejas.

Desarrollar las habilidades del equipo para enseñar el auto-cuidado y animarles para que pongan en marcha grupos de ayuda mutua con el fin de practicar la PDD en la misma comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

HFG y el Programa Distrital de Control de la UB sabrán como:

- Simplificar mensajes clave sobre PDD de manera que se puedan entender e implementar acciones sencillas de PDD en la comunidad.
- Identificar y suministrar soporte adicional para el desarrollo de actividades de PDD en las comunidades en caso de necesidad.
- Monitorizar los resultados.

Los Agentes de Salud Comunitarios y los Voluntarios de Vigilancia Comunitaria serán capaces de:

- Animar a las personas afectadas por UB y a sus familiares para que participen en el tratamiento y cuidado de su enfermedad.
- Identificar, documentar y resolver los problemas sobre cuestiones críticas que puedan causar discapacidad en UB.
- Monitorizar la reducción de las complicaciones.
- Promover buenas prácticas de auto-cuidado y la participación en la comunidad.

Cada equipo comunitario adquirirá los conocimientos y las habilidades para:

- Sospechar y confirmar de manera precoz los casos de UB y en caso de llegar al diagnóstico, asegurar que el tratamiento con antibióticos sea completado.
- Fomentar una buena higiene diaria.
- Fomentar una dieta saludable.
- Mantener las úlceras limpias y protegidas.

- Mantener la piel y la cicatriz suaves, flexibles y protegidas.
- Realizar ejercicios de estiramiento para las cicatrices de manera que no se limite el movimiento.
- Reducción del edema.
- Fomentar el movimiento completo de la parte del cuerpo afectada, como si se tratase de la parte no afectada.
- Fomentar y promover la participación de la persona afectada por UB para continuar las actividades de la vida diaria y la participación en la comunidad.
- Buscar ayuda adicional cuando se necesite.

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

Al final de cada día, el grupo compartía aquello más significativo que habían aprendido. En la última jornada, 18 de los 19 participantes entregaron por escrito su *feedback* sobre el taller (tabla 1 y 2). La mayoría de los participantes pensaban que los contenidos del curso habían sido útiles o muy útiles en cada una de las áreas. Uno de ellos pensó que la discusión sobre “Dónde conseguir ayuda” había sido insuficiente y otro pensó que la ubicación donde se desarrolló el taller era demasiado pequeña. Los facilitadores observaron que la ubicación no era la adecuada para la proyección de presentaciones en powerpoint o para la práctica adecuada del cuidado de las úlceras. También consideraron que les faltó tener la posibilidad de practicar más sobre la evaluación de las úlceras para aprender a determinar las futuras contracturas de las cicatrices y las limitaciones de los movimientos secundarias a éstas. En general, todos consideraron que la formación fue muy práctica y que se utilizó en todo momento los recursos disponibles a nivel local. Se hizo énfasis en la importancia de la transmisión de la formación recibida a otros compañeros y en la evaluación y seguimiento post-formación.

Tabla 1. Evaluación de los Participantes del taller sobre PDD de base comunitaria
AKUAPEM GHANA 14 – 16 Septiembre, 2010

Visión General : Causas de discapacidad en UB y 10 pasos para la PDD	Personal Salud Pública (N=6)	Enfermera (N=5)	Volunt. (N=6)	Otros (N=1)	TOTAL (N=18)
<i>Sin respuesta</i>			2		02 (11%)
<i>Muy útil</i>	6	5	4	1	16 (89%)
Tarea 1: Diagnóstico y Tto. de UB					
<i>Útil</i>	1		1		02 (11%)
<i>Muy Útil</i>	5	5	5	1	16 (89%)
Tarea 2: Higiene					
<i>Útil</i>	4	1	2	1	08 (44%)
<i>Muy útil</i>	2	4	4		10 (56%)
Tarea 3: Nutrición					
<i>Útil</i>	3		1	1	05 (28%)
<i>Muy útil</i>	3	5	5		13 (72%)

Continuación

Visión General : Causas de discapacidad en UB y 10 pasos para la PDD	Personal Salud Pública (N=6)	Enfermera (N=5)	Volunt. (N=6)	Otros (N=1)	TOTAL (N=18)
Tarea 4: Piel y cuidado de las úlceras					
Útil	1				01 (6%)
Muy útil	5	5	6	1	17 (94%)
Tarea 5: Movimiento y Ejercicios					
Útil			1		01 (6%)
Muy útil	6	5	5	1	17 (94%)
Tarea 6: Posición					
Muy útil	6	5	6	1	18 (100%)
Tarea 7: Manejo del edema					
Útil	1				01 (6%)
Muy útil	5	5	6	1	17 (94%)
Tarea 8: Manejo de las cicatrices					
Útil	2				02 (11%)
Muy útil	4	5	6	1	16 (89%)
Tarea 9: Participación en las Actividades Diarias					
Útil	1		3	1	05 (28%)
Muy útil	5	5	3		13 (72%)
Tarea 10: Saber cuándo y dónde acudir en busca de ayuda extra					
Insuficiente	1			1	02 (11%)
Muy útil	5	5	6		16 (89%)
Práctica active con pacientes y cuidadores					
Útil	1		1		02 (11%)
Muy útil	5	5	5	1	16 (89%)
Práctica con BUFLS (Escala de valoración de las Limitaciones Funcionales)					
Útil	2		2	1	05 (28%)
Muy útil	4	5	4		13 (72%)
Práctica con Documentación y Monitoreo					
Sin respuesta			2		02 (11%)
Útil	2	2	2	1	07 (39%)
Muy útil	4	3	2		09 (50%)
Aspectos Generales sobre el Curso					
Concepto de Trabajo en Equipo para la PDD					
Útil	2		1	1	04 (22%)
Muy útil	4	5	5		14 (78%)
Comunicación entre facilitadores y participantes					
Útil	1				01 (6%)
Muy útil	5	5	6	1	17 (94%)
Logística (Alojamiento)					
NO APLICABLE	6	5	6		17 (94%)
Muy útil				1	01 (6%)
Logística (Comida)					
Útil	1	2	1		4 (22%)
Muy útil	5	3	5	1	14 (78%)

Continuación

Visión General : Causas de discapacidad en UB y 10 pasos para la PDD	Personal Salud Pública (N=6)	Enfermera (N=5)	Volunt. (N=6)	Otros (N=1)	TOTAL (N=18)
Logística (Ubicación)					
<i>Insuficiente</i>	1				01 (6%)
<i>Útil</i>	3	3	2		08 (44%)
<i>Muy útil</i>	2	2	4	1	09 (50%)
Materiales utilizados y recibidos					
<i>Útil</i>	1				01 (6%)
<i>Muy útil</i>	5	5	6	1	17 (94%)

RESUMEN DE LOS COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

AYUDA EXTRA: Entregar a los voluntarios unas recomendaciones claras sobre el proceso de derivación y a quien contactar.

PRÁCTICA CON DIAPOSITIVAS SOBRE CLASIFICACIÓN Y LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS: Hubiese sido bueno trabajarlo con pacientes, pero esto requeriría mucho más tiempo. Como esta parte de suponía ya conocida, hubiese podido ser más breve. Las fotos no estaban claras (demasiada luz en la sala).

BUFLS: creo que esta es una buena manera para evaluar las limitaciones, pero se observó que el aspecto de “dotar de una puntuación” puede no ser necesario a nivel comunitario.

LOGÍSTICA-SALA: La sala de conferencias era demasiado pequeña.

LOGÍSTICA-COMIDA: El Banku estaba muy bueno.

Se necesitaría más tiempo para dedicarle a las técnicas adecuadas de vendajes. Dejar también más tiempo para prácticas individuales con instrucciones.

El taller está siendo muy útil para actualizar conocimientos sobre el cuidado a los enfermos de UB.

Un programa muy adecuado. Esperamos que se siga realizando anualmente para tener una formación continuada.

En general fue un curso muy bueno y esperamos que se vuelva a organizar.

Sugeriría que durante la próxima formación las bebidas se combinaran con zumos o fruta tras las comidas. Con esta excepción, todo fue excelente.

Demasiada agua mineral, la próxima vez, combinarlo con zumos. En general un curso muy agradable.

Todo se desarrolló con éxito, me gustó mucho el taller.

Muy bueno, pero necesitamos más.

Les pediría que volvieran a ayudarnos con el mismo programa una próxima vez.

Agradezco a los facilitadores por todo lo que han compartido con nosotros.

Tabla 2. Comentarios finales de los Participantes sobre lo más importante que han aprendido durante la formación y sobre lo que esperan poder hacer después del curso

Materias aprendidas	Actividades previstas después del taller
Ejercicios con peso.	Ejercicios.
Registro	Cuidado de úlceras.
Irrigación de las úlceras con agua.	Detección precoz de casos.
Técnicas de vendaje.	Utilización de menor presión sobre las úlceras durante las curas.
Posición de las articulaciones y extremidades.	Si alguien necesita intervención, intentar buscar recursos necesarios para ayudarlo.
Transmisión de conocimientos al resto del personal.	Formar a al resto de personal de salud.
Posiciones funcionales.	Utilizar espuma en las articulaciones para aumentar el rango de movimiento.
Cuidado de las cicatrices.	Enseñar a los colegas.
Diagnóstico precoz, antibióticos, tratamiento de las úlceras, edema y vendajes.	Aplicar las técnicas aprendidas.
Recordar la realización de ejercicios para los dedos.	Aplicar técnicas simples.
No se debe utilizar antisépticos, fomentar el ejercicio y derivar cuando sea necesario.	Aplicar los cuidados aprendidos para las manos.
Edema – elevación, vendaje, proteger los dedos de manera aislada.	
Manejo de la cicatriz.	
No utilizar agua caliente. Utilizar un poco de sal en el agua para limpiar las úlceras.	
Incluir a los pacientes con UB en la vida social de la comunidad.	
Utilizar recursos disponibles para la PDD en UB y otras enfermedades.	
Fácil de llevar a cabo, pero aconsejable hablarlo con los pacientes y programarlo conjuntamente.	
Ejercicios y vendajes utilizando los recursos disponibles.	

OBSERVACIONES DE LOS FACILITADORES DE LA FORMACIÓN

Los participantes fueron seleccionados adecuadamente y el compromiso de éstos y de la Municipalidad de Akuapem South fue buena.

Al principio, hubo una dificultad para tener acceso a pacientes y cuidadores. Sólo 1 persona disponible durante la primera jornada, pero 5 disponibles durante la segunda. La participación de personas afectas de UB fue importante.

Hubo una participación activa de todos los alumnos sin problemas al mezclar diferentes responsabilidades y cargos durante la misma formación. Es interesante constatar que todo el grupo en general consideró el contenido del curso como útil o muy útil.

La necesidad de traducción a la lengua local y la reducción en la duración de la formación no permitió una práctica completa de las habilidades.

Es importante un seguimiento de las personas formadas utilizando la Tabla sobre los 10 pasos a seguir para la PDD, los formularios de Evaluación de pacientes y de Intervenciones a realizar.

RECOMENDACIONES

Actividades periódicas de supervisión para observar las capacidades para clasificar los casos de UB, la limitación de movimiento y las intervenciones en POD.

Participación e involucramiento de HFG y de Chris-Mike Agbelie (fisioterapeuta) como apoyo técnico para las supervisiones en el Distrito de Akuapem.

Intentar involucrar a otros posibles facilitadores.

Incluir tareas sencillas de PDD en la formación sobre el manejo y control de UB con prioridad para las buenas prácticas de cuidado de las úlceras, el control del edema, el ejercicio precoz, el manejo de la cicatriz y las prácticas del auto-cuidado.

Incluir a personas afectas por UB y a sus familias en la formación.

Intentar fomentar la inclusión de las 10 Tareas para la PDD en los curriculums de la formación en enfermería.

La facilitadora principal agradece el apoyo de HFG y de Fontilles por la iniciativa para integrar las prácticas simples de PDD en su trabajo de control de la UB a nivel comunitario. Piensa que el uso de las 10 tareas para la PDD puede ser llevado a cabo y utilizado con el tiempo por el resto de los formadores del país. En caso de dudas o necesidad de ayuda adicional por parte de un facilitador externo, HFG puede contactarla. Si es posible, se solicita feedback sobre los resultados observados e incluso poder participar en una de las supervisiones siempre que ella se encuentre en Ghana por cualquier otra razón.

FORMACIÓN CONTINUADA

PLANIFICACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD Y SU UTILIDAD EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN

Dr. Rafael Guayta-Escolies*

DEFINICIÓN Y CONCEPTO

Un programa de salud es, en líneas generales y según la definición de Pineault, un conjunto de recursos reunidos y puestos en marcha para proporcionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y en el espacio con la misión de alcanzar unos objetivos determinados en relación con un problema de salud.

Sus elementos clave, al amparo de dicha definición serían:

- A. Tiene un objetivo determinado en relación con los problemas de salud detectados
- B. La población objeto está bien definida
- C. Las actividades y los recursos están bien definidos y son medibles
- D. Se lleva a cabo en una zona geográfica determinada y por un periodo de tiempo determinado
- E. Se pueden evaluar los resultados.

Cabría añadir dos aspectos complementarios pero no por ello menos importantes, la existencia de un presupuesto disponible y la no interferencia con la actividad habitual de los servicios que han de ejecutarlos cuando se persigue un enfoque integrado en servicios de salud ya existentes.

Así, podríamos concluir que los elementos básicos serían 3: Objetivos, actividades y, finalmente, recursos.

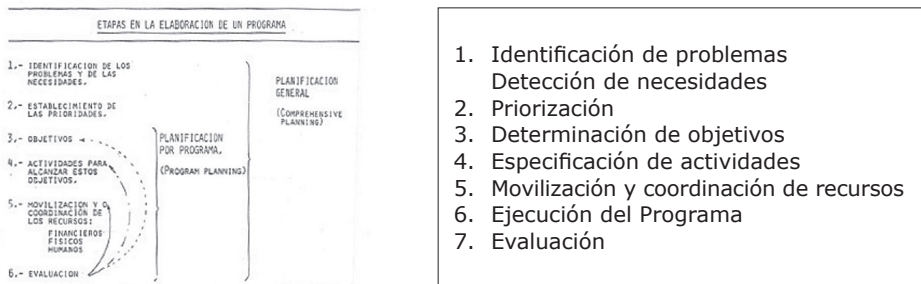
FASES PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD

La *primera fase* de todo programa de salud corresponde a analizar cuáles son nuestras necesidades y cuáles son los problemas que deben ser motivo de atención prioritaria.

* *Médico asesor de proyectos científicos del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona y Profesor asociado de la Universidad Internacional de Cataluña.*

La *segunda fase* es lo que Pineault denomina el *program planning* propiamente dicho y correspondería a la determinación de objetivos justificados sobre la población escogida, la determinación de las actividades efectivas, en base a la evidencia científica disponible, la movilización y coordinación de los recursos humanos, materiales y financieros y la organización y gestión del trabajo del equipo con la atribución de responsabilidades.

Una *tercera fase* correspondería a la ejecución del programa propiamente dicho y a la evaluación del mismo, tanto de los resultados como del proceso y la estructura utilizados.



El esquema se muestra en la figura 1

ANÁLISIS DE NECESIDADES

Resulta obligado antes de analizar qué debemos hacer o a dónde se pretende llegar con nuestro programa, saber qué pasa en nuestra realidad. El análisis de la realidad o la detección de necesidades es un paso previo obligado y fundamental.

¿Pero, que es necesidad en términos de salud?

Según Hawe, necesidad de salud sería el estado, situación o factor que existe en la población cuya ausencia puede impedir que las personas alcancen un estado óptimo de salud físico. Psíquico y social.

Cuando hablamos de necesidades, suelen usarse distintos criterios para su definición. Así distinguimos entre:

- A. *Necesidades normativas*. Como las que son definidas por comités de expertos o profesionales de renombre. Desde un punto de vista clásico son las necesidades objetivas. Por ejemplo el nivel de un parámetro bioquímico o de una tasa a partir de la cual, se recomienda, tal o cual intervención sanitaria.
- B. *Necesidades sentidas o percibidas*. Se refieren a las carencias expresadas desde la subjetividad de los individuos que conforman la población objeto. Por ejemplo pedir servicios de psicología en atención primaria.

Fuente: Adaptada de: Pineault R. *Elements et etapes d'elaboration d'un programme de santé communautaire*. L'Union Médicale de Canada, 1976 ;105 :1208-1213.

C. *Necesidades expresadas*. Cuando se produce una demanda clara y específica a partir de la utilización de los servicios por parte de la población. Por ejemplo una lista de espera larga de pacientes, sirve para argumentar un aumento de recursos humanos en determinado servicio.

D. *Necesidades comparativas*. Cuando un observador externo, establece las diferencias existentes entre los estados de salud, los servicios o recursos entre poblaciones o zonas geográficas. Un informe a partir de datos de diferentes fuentes sugiere que el número de profesionales por habitante es menor en nuestro país que en los de la misma región.

Hay que tener en cuenta, lo mismo nos sucederá en la priorización de los problemas, que enfoques unilaterales en el estudio de necesidades, por ejemplo basado sólo en el punto de vista de los expertos o en la necesidad sentida por los pacientes, puede sólo representar una visión parcial y no real de la situación.

Podemos identificar necesidades desde un enfoque puramente epidemiológico, es decir usando indicadores de salud que permitan “dimensionar” cuantitativamente dicho estado y establecer comparaciones. O por el contrario, desde un enfoque social de necesidad en términos de utilidad en calidad de vida.

En la actualidad resulta imprescindible el manejo de los llamados indicadores de salud, los cuáles, tal y como señala Ruwaard, deben ser seleccionados de acuerdo con las siguientes premisas:

- Deben estar relacionados con aspectos importantes del estado de salud.
- Tienen que considerar tanto los aspectos positivos como negativos de la salud.
- Deben existir fuentes de datos exhaustivas y fiables disponibles.

Según esto se establecieron 4 estratos en el que se incluyen diferentes indicadores*:

Estrato	Indicadores positivos	Indicadores negativos
Enfermedades y trastornos	Ausencia	Presencia
Autovaloración del estado de salud Ausencia de consumo de servicios médicos	Capacidad funcional y calidad de vida	Discapacidades “Mala salud percibida” Absentismo e invalidez Problemas mentales
Mortalidad	Esperanza de vida	Tasas de defunciones Años potenciales de vida perdidos(APVP)
Esperanza de vida y salud	Esperanza de vida en buena salud	Años vividos con mala salud

Los indicadores más usados serán las medidas de frecuencia de la enfermedad (incidencia, prevalencia, incidencia acumulada, tasas de utilización, APVP, unidades

* *Adaptada y modificada de Ruwaard D; et al. The health status of the Dutch population over the period 1950-2010. The Hague Research for man and environment. 1994.*

básicas asistenciales (UBA) consumidas en los servicios, coste de la enfermedad, bajas laborales, pensiones por invalidez, etc.) y las de asociación (riesgo relativo, Odds ratio, riesgo atribuible, mortalidad atribuible, fracción de riesgo atribuible, etc.)

Una necesidad, como hemos dicho, también puede valorarse desde un enfoque social. Suele referirse a necesidades sentidas por pacientes, asociaciones, actores sociales o profesionales de la salud. En este sentido, encuestas de salud percibida y bienestar, satisfacción sobre los servicios, u otros indicadores de base cualitativa son los más comúnmente usados para dicha valoración.

No obstante, los distintos enfoques plantean un dilema al planificador: ¿Quién decide al final sobre cuál es la necesidad “real”? Algunos posibles candidatos son aquellos que tienen responsabilidades como gestores políticos, los profesionales y las asociaciones de pacientes o usuarios.

Según Pineault, las etapas para el estudio de necesidades, el llamado “análisis de la realidad” puede resumirse de la manera siguiente:

- A. Establecer la pertinencia de realizar dicho análisis.
- B. Determinar sus objetivos.
- C. Determinar sus objetivos.
- D. Definir la población que vamos a estudiar.
- E. Elegir los indicadores.
- F. Identificar fuentes de información.
- G. Elegir el procedimiento y los métodos para el estudio.
- H. Recoger la información.
- I. Analizar los resultados.
- J. Redactar el informe.

Sin querer comentar exhaustivamente dichos pasos, para lo cual referimos al lector a las obras de referencia, si que es interesante dar algunos ejemplos de datos y fuentes de información que se pueden usar para la detección de necesidades*:

Tipo de dato	Ejemplo de dato	Fuentes
Marco geográfico y condiciones del nicho ecobiológico	Localización geográfica Climatología Nivel de contaminación Ruido Potabilidad de las aguas Estado de las comunicaciones	Publicaciones y estadísticas locales Nomenclátor de los institutos nacionales de estadística Información en la red Publicaciones científicas
Datos demográficos	Tamaño de la población Pirámide poblacional Edad media Razón de género Natalidad Saldo migratorio	Censos Padrones Registro civil Estadísticas municipales o nacionales

* Adaptada y modificada de: Medina C. *Programas de salud y su utilidad en atención primaria. Cuadernos para el equipo de atención primaria. Italfarmaco 1997.*

Continuación

Tipo de dato	Ejemplo de dato	Fuentes
Datos socioeconómicos	PIB Renta per cápita Nivel educativo de la población Índice de ocupación Tipología de empleos	Estadísticas laborales Información de sindicatos Información de colegios profesionales Información de departamentos de educación o de trabajo Oficinas de empleo
Estado de salud	Mortalidad Morbilidad Prevalencia de factores de riesgo Enfermedades de declaración obligatoria	Registro de altas hospitalarias Certificados de defunción Encuestas de morbilidad hospitalaria Boletines epidemiológicos Registro de historias clínicas Registros específicos de determinadas patologías Encuestas de salud poblacional Informadores claves Opinión de profesionales Encuestas de usuarios
Servicios de salud	Utilización de servicios Recursos disponibles	Memoria anual de los Organismos e instituciones sanitarias Guías de servicios Carteras de servicios Unidades de recursos humanos

SELECCIÓN DE PRIORIDADES

Este es uno de los capítulos más delicados de la planificación sanitaria, ya que a menudo ocasiona gran controversia social. Priorizar, al final, significa favorecer a alguien o algo sobre otro. Sin embargo la limitación de los recursos y la demanda sin límite, hace que sea una decisión necesaria en cualquier nivel del sistema sanitario, y debe formularse implícita o explícitamente. El problema siempre radica en cómo decidir cuáles son los criterios que se usan para tomar tal decisión.

Algunos de los criterios que se pueden utilizar para identificar si un problema de salud es prioritario o no, pudiera ser: Su **Magnitud** (incidencia, prevalencia, mortalidad, morbilidad, etc.), la **Vulnerabilidad** (eficacia de la medida para solucionar el problema), **Trascendencia** (letalidad, APVP, discapacidad) **Disponibilidad de información**, **Tendencia** (proyección secular), **Factibilidad** (recursos necesarios para la aplicación, aceptabilidad para pacientes y profesionales, aspectos éticos y administrativos).

Dado que en la valoración de estos criterios, siempre existe un cierto grado de subjetividad, es deseable que se utilice un método que permita "valorar" adecuadamente el peso de cada uno de ellos. Dicho método debe ser sencillo, de fácil aplicación y con criterios muy claros.

Los métodos de priorización pueden ser:

- A. Cuantitativos** : como los métodos de Hanlon, Hanlon modificado y Ceres
- B. Cualitativos**: Informadores clave, *brainstorming*, *brainwriting*, Grupos Delphi, grupos nominales, *focus group*, conferencia de consenso, evaluación de preferencias individuales, etc.

Cuando un problema de salud se ha priorizado, el planificador debe valorar de forma adecuada dicho problema. La valoración del problema va a permitir la justificación del programa, la definición de la población objeto, la formulación de los objetivos y la definición de las diferentes actividades que deben llevarse a cabo para conseguirlos.

Los criterios para valorar la priorización son *:

Factores condicionantes del problema	Consecuencias del problema para la salud	Consecuencias sociosanitarias del problema	Actitudes observadas en la población
Conocimiento de los factores de riesgo.	Disminución de la esperanza de vida	Muerte prematura	Malos hábitos poblacionales en relación con estilos de vida
Existencia de características personales o del medio no controlables desde el punto de vista sanitario	Aparición de complicaciones o invalideces	Jubilaciones anticipadas	Falta de información sobre la enfermedad y sus complicaciones
Existencia de signos precursores de la enfermedad asociados al estado preclínico y al estadio clínico de la enfermedad	Alteración de la calidad de vida	Bajas laborales repetidas	Incumplimiento terapéutico
Características de la estructura sanitaria de la zona de salud	Aumento de la probabilidad de padecer comorbilidad	Aumento del número de ingresos hospitalarios	Incumplimiento de programas preventivos o de las visitas de seguimiento
		Aumento del tiempo de dedicación del personal sanitario al paciente	

Por ejemplo los datos mostrados en las tablas y gráficos siguientes reflejan la realidad y el impacto de la enfermedad de Hansen en el mundo y en concreto en la región europea. Se trata de un enfoque de detección basado en criterios epidemiológicos que permiten comprobar la desigualdad de salud y detectar o medir la necesidad.

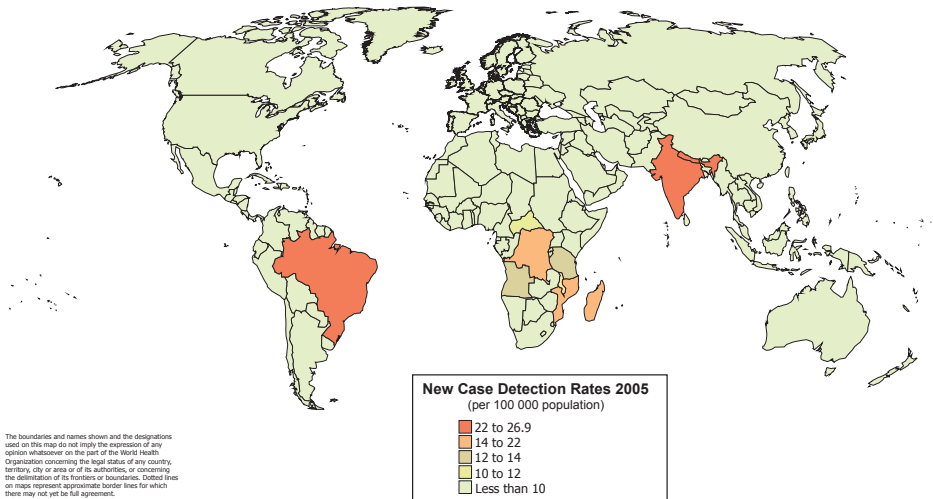
* Adaptada y modificada de: Abánades JC; et al. *Programas de Salud*. Junta de Castilla y León. *Consejería de Bienestar Social*. Valladolid 1987.

European region: latest available statistics on the leprosy situation by country

Countries	Dates of Report	Population*	No. of Cases Registered	New cases detected	Prevalence rate per 10,000	Detection rate per 100,000	Prevalence/detection ratio	New MB Number	% of total	New female Number	% of total	New Children Number	% of total	New G2 Disabled Number	% of total	Number of relapses
Albania		3,122,000														
Andorra		81,000														
Armenia		3,621,000														
Austria		8,241,000														
Azerbaijan		7,781,000														
Belgium		1,000														
Bosnia & Herzegovina		4,065,000														
Bulgaria		8,174,000														
Burkina Faso		10,000														
Channel Islands		164,000														
Czech Republic		10,228,000														
Denmark		6,303,000														
Estonia		1,381,000														
Faeroe Islands		42,000														
Finland		5,186,000														
France		59,265,000														
Georgia		4,947,000														
Germany		82,226,000														
Gibraltar		25,000														
Greece		10,657,000														
Holy See		1,000														
Hungary		9,996,000														
Iceland		283,000														
Ireland		3,756,000														
Isle of Man		80,000														
Israel		6,331,000														
Italy		59,881,000														
Kazakhstan		10,781,000														
Kirghizia		4,982,000														
Kyrgyzstan		4,734,000														
Latvia		2,326,000														
Liechtenstein		33,000														
Lithuania		3,658,000														
Luxembourg		435,000														
Malta		391,000														
Moldova		4,391,000														
Monaco		30,000														
Netherlands		15,830,000														
Norway		4,486,000														
Poland		38,605,000														
Portugal		9,874,000														
Romania		22,249,000														
Russia		146,663,000														
Sam Marino		27,000														
Slovakia		5,384,000														
Slovenia		2,066,000														
Spain		39,616,000														
Swalbard		4,000														
Sweden		8,930,000														
Switzerland		74,230,000														
Tadzhikistan		6,269,000														
Turkey		67,612,000														
Turkmenistan		4,534,000														
Ukraine		20,260,000														
United Kingdom		59,881,000														
Uzbekistan		20,764,000														
Uzbekistan		20,764,000														
Yugoslavia		10,643,000														
TOTAL REGION:		910,463,000	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0

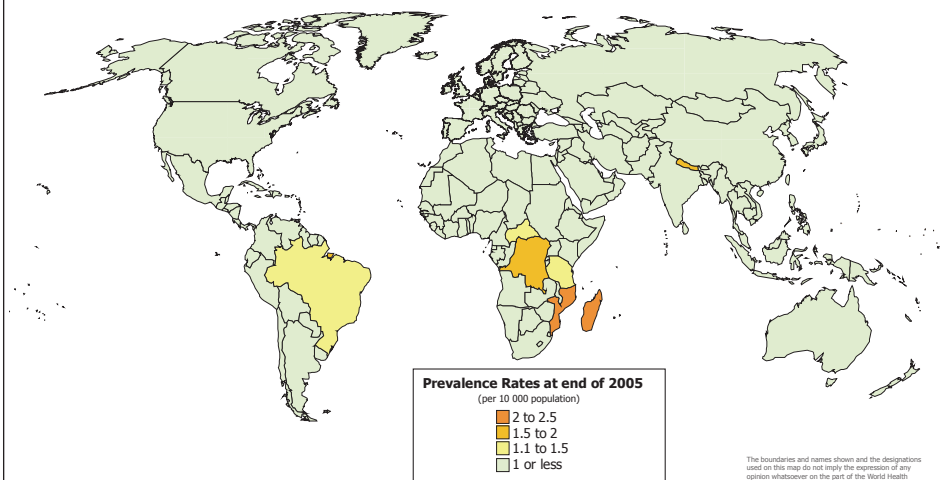
* Source of population data: World Health Report 2005

Leprosy: new case detection rates 2005



© WHO 2006

Leprosy: prevalence rates at end of 2005



© WHO 2006

WHO Region	Registered prevalence (rate per 10,000 population)	New cases in 2005 (rate per 100,000 population)
Africa	43,425 (0.63)	44,769 (6.48)
Americas	32,910 (0.39)	41,952 (5.00)
South-East Asia	133,422 (0.79)	201,635 (11.99)
Eastern Mediterranean	4,024 (0.08)	3,133 (0.61)
Western Pacific	8,646 (0.05)	7,137 (0.42)
Total:	222,427	298,626

Fuente: OMS 2006

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Los resultados que pretendemos conseguir con un determinado programa de salud son muy diferentes, por ello es necesario definir explícitamente dónde se quiere llegar en los resultados esperados.

Tradicionalmente se distinguen 3 tipos de objetivos:

- *Objetivo general o meta:* Lo constituye el resultado de la intervención a largo plazo en relación a un programa de salud, suelen estar formulados como enunciados o declaraciones de intenciones en relación con la finalidad última del programa. Acostumbran a no cuantificarse. Aunque *sensu stricto* pueden cuantificarse (cuánta mejoría, para quién y en cuanto tiempo).

Por ejemplo este objetivo aplicado a la enfermedad de Hansen sería eliminar la lepra como problema de salud pública.

(Report of the global forum on elimination of leprosy as a public health problem, Geneva 2006)

- *Objetivos intermedios:* Son fracciones más reducidas del objetivo general, acostumbran a medir el impacto inmediato del programa. Son cuantificados y cuantificables.

Como objetivos intermedios podríamos asumir reducir el número de deformidades y discapacidades en los enfermos de lepra y asegurar que los enfermos puedan realizar su vida con normalidad y dignidad.

(Report of the global forum on elimination of leprosy as a public health problem, Geneva 2006.)

- *Objetivos específicos:* Se refieren a cualquier cambio en un factor predisponente, facilitador o reforzador vinculado al estado de salud. Son cuantificados y cuantificables.

Por ejemplo en un programa de lepra podríamos hacer nuestros los objetivos de la OMS: Incrementar el acceso al diagnóstico mediante la integración de los servicios de control de lepra en los servicios de salud pública existentes y aumentar la accesibilidad a los medicamentos efectivos.

(Report of the global forum on elimination of leprosy as a public health problem, Geneva 2006.)

- *Objetivos operacionales:* Describen lo que el programa realiza, es decir lo que proporciona con sus actividades, no lo que realmente consigue respecto al estado de salud esperado. Es el resultado perseguido por el equipo de trabajo.

Los objetivos, para que su formulación sea correcta deben cumplir unas determinadas características:

- Deben estar claramente definidos (Qué?).
- Deben ser plausibles o alcanzables (Realistas).
- Deben tratar un único aspecto (Inequívocos).
- Deben ser medibles (Cuánto?).
- Deben especificar el tiempo de duración (Cuándo?).
- Deben especificar la población objeto (A quién?).
- Deben especificar la zona geográfica donde se medirá el resultado (Dónde?).

Por ejemplo podríamos formular los siguientes objetivos: Integrar la educación sanitaria, el diagnóstico y el tratamiento de los casos de lepra en los servicios de atención primaria. Realizar una vigilancia epidemiológica y el seguimiento de los pacientes de manera integrada y sostenible.

(Report of the global forum on elimination of leprosy as a public health problem, Geneva 2006.)

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA

La población diana la constituyen aquellos sujetos para los que se definen los objetivos de la intervención que se propone. Acostumbran a ser una muestra de la población de una región o país, si la aproximación es pragmática, para que los resultados sean claramente extrapolables.

Cuando por el contrario se intenta probar la eficacia de una determinada medida, la población la constituye un grupo más reducido, con criterios de inclusión más rígidos que permitan inferenciar los resultados sobre grupos de parecidas características, en lo que se denominan aproximaciones explicativas.

EL PLAN OPERATIVO. LA DEFINICIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Tras la definición de qué debe hacerse y sobre quién debe hacerse, el planificador debe detallar y concretar cómo piensa llevar a cabo dichos objetivos.

Cuando se ha analizado la situación correctamente y se han definido perfectamente los objetivos que se pretende conseguir, el proceso casi deviene automático. Una actividad bien planificada es aquella que posee las siguientes características:

- Naturaleza del trabajo y calidad (Qué).
- Actores responsables (Quién).
- Cronograma de actividades (Cuándo).
- Aplicabilidad territorial (Dónde).
- Metodología (Cómo).

Además de éstos, existen una serie de elementos que deben considerarse en el plan operativo:

- La ordenación cronológica de las actividades.
- Las etapas o requisitos previos a cada actividad.
- Las fechas de inicio y finalización de cada etapa.
- La especificación de responsabilidades de cada actor.
- La creación de “alianzas” con instituciones o organismos con los que se quiere o debe colaborar en alguna fase.
- El estudio de “problemas” o “puntos críticos”.

Existen métodos que permiten estructurar y ordenar las actividades y permiten identificar qué debe hacerse, dónde, como y por quién en cada momento y que facilitan tanto la gestión del plan operativo como su evaluación.

Los más comunes son los que utilizan **estructura de red**: estos métodos representan con la ayuda de gráficos el trayecto de las operaciones o de los acontecimientos que adquieren una representación de red. Facilitan la gestión de lo cotidiano de las operaciones y permiten tanto la planificación como la evaluación. Los más comunes son: Algoritmo de decisión, Diagrama de Flujos y Diagrama de Pert.

Y los que usan un **calendario de operaciones**: Diagrama de Gantt y Diagrama de Milestone.

- Algoritmo de decisión*: Viene a significar literalmente “cadena de acciones necesarias para realizar una tarea”. Permite el análisis de la situación y la toma de decisiones. Es extremadamente útil para comparar alternativas, sirve para determinar lo que debe hacerse. Permite en función de la respuesta a preguntas formuladas (nudo de decisión), que sólo admiten una respuesta dicotómica de Sí o No ir progresando en la toma de la decisión más correcta en base a evidencia o en base a lo que se pretende hacer.
- Diagramas de flujo*: Representan el camino a seguir dentro del programa por parte de la población objeto o por el usuario en el interior del sistema o del programa. Permiten verificar la lógica de la secuencia o el contenido de las actividades.
- Diagrama de PERT*: Permite representar y analizar una secuencia de operaciones. Es extremadamente útil en la planificación de la fase de ejecución de un proyecto o programa. No obstante es tan versátil que puede ser usado en cualquier procedimiento que tenga por finalidad describir tareas o acontecimientos. Permite ver en “global” todo el proceso, ver la sinergia o coexistencia en el tiempo de varias actuaciones o aquellas que están subordinadas a otras y permitir una monitorización exhaustiva del proceso.
- El diagrama de Gantt* tiene como objetivo el de mostrar el tiempo de dedicación previsto para distintas actividades a lo largo del cronograma global. No acostumbra a indicar las relaciones existentes entre actividades, pero la posición de cada tarea a lo largo del tiempo hace que se puedan identificar dichas relaciones e interdependencias. En la gestión de un programa de sa-

lud, muestra el origen y final de cada actividad, lo que se viene a denominar “unidades mínimas de trabajo”.

- E. *El diagrama de Milestone* Es un refinamiento del anterior. Permitiendo añadir pequeñas “muescas” que indican donde se ejerce un control o evaluación de las distintas actividades a lo largo del proceso.

En cualquiera de ellos, podemos distinguir 4 tipos de elementos:

Acontecimientos: Se corresponden con el fin de numerosas actividades. No implican tiempo ni dinero, ni sirven más que para identificar inicio y final de una actividad.

Actividades: Describen las “tareas”, permiten enlazar y progresar acontecimientos e implican esfuerzo y dinero.

Problemas: Están en relación con el hecho de que algunas actividades no pueden dar comienzo hasta que otras han finalizado.

Camino crítico: Corresponde a la secuencia de actividades y de acontecimientos que consume más tiempo.

Se representa en el diagrama de proceso por flechas o líneas dobles más marcadas. Debemos decir, por último que la especificación de las actividades ayuda a la identificación y gestión de recursos. Cuando las actividades están bien definidas los recursos se asignan con coherencia a las tareas y lugares precisos. Y, finalmente, es fundamental para poder evaluar el proceso.

MOVILIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE RECURSOS

En términos de planificación, los recursos se pueden catalogar de la siguiente manera:

- A. Humanos: número de profesionales, horas de trabajo que deben dedicar, nivel de capacitación, compromiso emocional con el proyecto, etc.
- B. Materiales: Equipamientos, espacios físicos, material fungible, instrumentos, etc.
- C. Financieros: partidas presupuestarias, fuentes de financiación, formas de obtención de dinero, etc.

Esta etapa no se concreta en asignar recursos nuevos, sino adaptar las actividades a los que disponemos por el momento, sin menoscabo de que el propio proceso establezca la búsqueda de activos para realizar todas y cada una de las actividades que se consideran idóneas. Tanto es así que, si en algún momento del proceso se prevé la realización de actividades para las que no existen recursos o son de muy difícil obtención, lo mejor es suprimirlas o reducirlas a mínimos.

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Una etapa previa a la estricta ejecución del programa del programa de salud que pretendemos llevar a cabo es la de definir como se organiza el trabajo y se distribuyen las responsabilidades. Aunque esto pueda parecer poco importante el

definir quién es el responsable de las respectivas tareas a llevar a cabo y la revisión de la carga de trabajo y consumo de tiempo que se necesita para llevarlas a cabo es sumamente importante para que el proceso se al idóneo.

Si cuando revisamos las tareas se descubren que hay actividades de difícil o imposible realización hay que tomar la decisión de reducir sus objetivos operativos, escoger las que consuman menos recursos o tiempo, renunciar a algunos objetivos del programa o restringir la cobertura que se quiere dar a la población diana.

En el momento que el programa se va llevando a cabo es cuando verdaderamente se empieza a ver su factibilidad *in situ*, detectando los errores que se han cometido en la evaluación previa de recursos necesarios o en escoger tal o cual actividad y, con más frecuencia en la formulación de objetivos poco realizables por complejos o excesivamente ambiciosos en su planteo.

Algunos autores recomiendan que se realice una prueba piloto con una muestra de la población diana, con una duración de pocos meses, para detectar dicha factibilidad. De esta manera podrán detectarse errores en el diseño del programa y podrá comprobarse el grado de adecuación de los profesionales a las tareas encomendadas, la fiabilidad de instrumentos de detección o la complejidad de los de registro, etc. antes de continuar con el proyecto en su expresión más compleja.

EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso por el cual se determina de manera sistemática y precisa la efectividad y el impacto del programa que se ha realizado.

Evaluar, significa reajustarse, comprobar, comparar. Es en suma una parte del propio proceso de planificación más que su etapa más finalista, ya que retroalimenta al programa para ver su grado de adecuación en cada uno de sus elementos.

El diagrama de Pineault describe precisamente ése papel clave y de cierre del proceso y a la vez de retroalimentador de los ajustes en el diseño del propio programa.

La evaluación contiene 3 elementos clave:

1. El objeto o tema de la evaluación.

Este apartado debe ser capaz de responder a una serie de preguntas básicas. ¿Qué se pretende evaluar?, ¿quién realiza la recogida y análisis de la información necesaria para evaluar?, ¿qué técnica permite identificar a la población que debe evaluarse? ¿Qué puede comprometer la evaluación? ¿Qué decisiones pueden tomarse según los resultados?, ¿quién es el destinatario de los resultados?

2. El establecimiento de criterios, normas e indicadores.

Un indicador es una variable que puede ser medida. Un buen indicador es áquel que responde a una serie de características muy bien definidas, así debe tener:

- Validez: mide aquello que pretende medir.

- **Objetividad:** es repetible, obtiene los mismos valores sea quien sea el observador, el momento o la circunstancia de utilización.
- **Sensibilidad:** es capaz de detectar cambios en el fenómeno que mide.
- **Especificidad:** si estos cambios se producen, sólo los detecta en el fenómeno que mide.

Un criterio o norma, es la referencia con la cual se compara el indicador. Tanto indicadores como criterios deben decidirse en la fase de diseño del programa.

Por ejemplo en la enfermedad de Hansen podríamos asumir los siguientes indicadores de evolución y tendencia en el control y eliminación de la enfermedad como problema de salud pública:

- Prevalencia e incidencia de nuevos casos.
- Tasa de diagnóstico.
- Proporción de multibacilares.
- Proporción de mujeres, niños y casos de discapacidad grado 2 en los casos incidentes.

3. La periodicidad y la responsabilidad de la misma.

La evaluación, ¿es continúa o periódica?, ¿es interna o la realizan auditores externos?

Existen 3 elementos susceptibles de evaluación: la estructura, el proceso y los resultados.

La evaluación de la estructura (**suficiencia, adequacy**) versará sobre la cantidad, disponibilidad y gestión de los recursos empleados. La información se recoge por procesos de administración y contabilidad. La calidad del equipo e instalaciones, las características de la organización o equipo que ha llevado a cabo el programa, la competencia de los profesionales, el presupuesto, etc. son algunos de los indicadores usados.

El proceso (**Idoneidad, appropriateness**), es el segundo elemento a evaluar. Mide la cantidad y la calidad de las actividades realizadas y hasta que punto el programa se ejecuta según el plan previsto. Satisfacción de los participantes, grado de participación, garantía de calidad de lo realizado, cumplimiento del cronograma, etc. son algunos ejemplos de indicadores. La recolección de la información se realiza por procedimientos administrativos, aunque la idoneidad puede también determinarse mediante procesos de evaluación cofraternal.

Los resultados (**eficacia, efficacy**), se refiere a cuan capaz es el programa para solucionar el problema de salud para el cual fue diseñado. La eficacia mide los efectos obtenidos sobre la población objeto de la intervención en condiciones óptimas de aplicación del programa. Las medidas epidemiológicas y sus indicadores serán los principales elementos que la permitan. Los registros, la vigilancia epidemiológica o la investigación clínica sus fuentes de recogida de datos más importantes.

La evaluación de la denominada eficacia real (**efectividad, effectiveness**) la cual corresponde a los efectos sanitarios que se obtendrían en la población objeto a la cual se pretenden extrapolar las actividades del programa en situaciones reales y concretas.

Un punto y aparte merece la evaluación del rendimiento del programa (**eficiencia *efficiency***). La eficiencia pretende establecer la relación entre el grado de consecución de los resultados y los recursos movilizados para conseguirlos. Lo que intenta responder es cuál es el valor de las diversas alternativas disponibles para solucionar el problema que genera el programa, medir las consecuencias de su aplicación, relacionarlas con los resultados en materia de salud obtenidos y determinar en suma, **la utilidad** del programa en sí mismo y en comparación con otros posibles.

Utiliza fundamentalmente 2 parámetros:

1. Coste/efectividad.
2. Coste beneficio.

Análisis coste/efectividad

Relaciona el coste medio que supone alcanzar el objetivo de salud propuesto, normalmente enfermedades evitadas, mortalidad reducida, aumento de la tasa de control, disminución de discapacidades, disminución de años potenciales de vida perdidos, etc.

Normalmente mide como resultado un solo efecto común a diferentes alternativas para alcanzarlo.

Relaciona recursos invertidos (dinero) con indicadores relacionados con la salud.

Su finalidad es la elección entre varios programas alternativos que tienen el mismo objetivo.

Análisis coste/beneficio

Relaciona el coste de la enfermedad sin la aplicación del programa, con su coste con la aplicación del programa, en relación con lo que cuesta aplicar el programa para obtener la efectividad deseada.

La Razón beneficio /coste = beneficio del programa/ coste del programa

El beneficio del programa sería la diferencia entre el coste de la enfermedad sin el programa y con el programa.

Como coste de la enfermedad se miden los costes directos (gastos para el tratamiento de la enfermedad en fase aguda, el de sus complicaciones y el de su tratamiento en fase de cronicidad) y los costes indirectos (derivados de la pérdida de productividad por incapacidades laborales transitorias o permanentes o por muerte prematura)

Como coste del programa se entendería los recursos empleados añadiéndole los provocados por las complicaciones o acontecimientos que la aplicación del programa provoca en la población objeto

Mide uno o múltiples efectos, no necesariamente comunes a las diferentes alternativas comparadas. La unidad de comparación es el dinero. Pretende apreciar el valor intrínseco del programa. Su finalidad es elegir entre varios programas

alternativos, con objetivos no necesariamente comunes, que pueden ser sanitarios o no sanitarios.

En resumen, la eficiencia intentaría responder a las siguientes preguntas:

Análisis coste/efectividad

¿ es posible obtener los mismos resultados con una alternativa de menos coste?

Análisis coste/beneficio

¿ El programa tiene un valor económico intrínseco?

¿ Los beneficios económicos del programa son mayores que los costos?

¿Existen otros programas sanitarios o no, que proporcionarían mayores beneficios a la comunidad, que el propio programa en cuestión?

¿El uso que se ha hecho de los recursos ha sido el óptimo?

¿Estarían los recursos mejor empleados en otro tipo de programa, sanitario o no sanitario?

CONCLUSIÓN

En el momento actual existen grandes discrepancias entre las recomendaciones de los comités de expertos y la realidad de lo que sucede en el ámbito sanitario. Los primeros recomiendan que no se implante ningún programa de salud hasta que exista la suficiente evidencia científica sobre su eficacia real y se valore concienzudamente su eficiencia.

Por otro lado, en la práctica, la demanda inducida por el propio sistema, las nuevas tecnologías, la información disponible, contrastada o no, las presiones comerciales y la demanda de los propios usuarios, hacen que sea difícil planificar en base a decisiones racionales.

En suma deberíamos respondernos a una serie de preguntas cuando intentamos globalizar un servicio o implantar una medida en una población frente a una necesidad de salud. ¿El programa ha sido útil? ¿ Aporta más aspectos positivos que negativos? ¿ ha funcionado?, ¿sus resultados son tangibles y el programa ha sido verdaderamente útil para los individuos a los que se ha aplicado? ¿ ha llegado a las personas que lo necesitaban? Y, finalmente ¿ vale la pena realizar este programa?

Si esas preguntas arrojan un resultado positivo, ahí se halla el éxito de cualquier programa de salud, refrenda que las decisiones tomadas han sido las correctas, que las actividades han sido las idóneas y que los recursos se han empleado correctamente.

En un mundo en el que todavía las desigualdades de salud entre poblaciones son hirientes, en el que las necesidades tienden a infinito y los recursos son limitados, deviene necesario un ejercicio de gestión de los mismos basado en la evidencia científica disponible y en la valoración de los aspectos sociales más relevantes. Finalmente es necesario el desarrollo de estrategias que consigan compromisos políticos para alcanzar los objetivos sanitarios en los diferentes ámbitos de la salud global.

Clínica y Diagnóstico

Bezerra da Silva Júnior G, Alves Barbosa O, de Moura Barros R, dos Reis Carvalho P Rodrigues de Mendoza T, Sousa Barreto DM, Araújo Barboza C, Carvalho Guimarães AA, de Francesco Daher E. Amiloidosis y enfermedad renal terminal asociada a la lepra. [*Amyloidosis and end-stage renal disease associated with leprosy*] Rev Soc Bras Med Trop 2010; 43(4): 474-476.

Resumen:

El compromiso renal de la lepra incluye glomerulonefritis, amiloidosis y nefritis túbulo intersticial. Un varón de 58 años fue admitido en el hospital con dolores y edema en las extremidades infecciosas y disnea. En el momento del ingreso, su retención de nitrógeno, anemia, hipercalcemia y acidosis metabólica requerían hemodiálisis. El paciente presentaba lepra lepromatosa. La histopatología de la biopsia renal se corresponde con amiloidosis. Su evolución fue estable, pero sin recuperar la función neural y permaneció en hemodiálisis. Se debe investigar la lepra como posible causa de pérdida de función renal en todos los pacientes con esta condición; sobre todo en los de lesiones cutáneas u otras manifestaciones sugestiva de lepra.

Grossi Araújo M, Utsch Gonçalves D, Nobre V, Ramos Ribas JG, de Freitas Carneiro-Proietti AB, Lambertucci JR, Martins Guedes AC. Mielopatía HTLV-1 asociada diagnosticada durante el tratamiento de una reacción lepromatosa. [*HTLV-1 associated myelopathy diagnosed during lepromatous leprosy reaction treatment: a case report*] Rev Soc Bras Med Trop 2010; 43(4): 465-466.

Resumen:

La lepra y el virus tipo 1 linfotrópico célula T son prevalentes en Brasil. Se revisó un caso de coinfección por *Mycobacterium leprae* y HTLV-1. Durante el seguimiento de una mujer de 59 años en tratamiento por lepra se le diagnosticó una mielopatía asociada a HTLV-1. Se revisaron inicialmente los aspectos clínicos y neurológicos de esta asociación poco frecuente. Se evalúan los marcadores inmunológicos y posibles progresos debido a la asociación de esta enfermedad. Esta asociación poco usual de lepra y HTLV-1 asociada a mielopatía puede presentarse en zonas endémicas y origina dificultades para determinar el diagnóstico correcto y control adecuada de las manifestaciones neurológicas.

Martinez TS, Figueira MM, Costa AV, Gonçalves MA, Goulart LR, Goulart IM. La mucosa bucal como fuente de infección y transmisión de *M. Leprae* y las implicaciones para

la detección de DNA bacteriano y el estado inmunológico. [*Oral mucosa as a source for M. leprae infection and transmisión, and implications of bacterial DNA detection and the immunological status*]. Clin Microbiol Infect [en línea] 2010. [Epub ahead of print]. [Citado el 31 de Diciembre de 2010]. Disponible en Internet: <doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03453.x>.

Resumen:

La lepra constituye un problema sanitario importante en Brasil a pesar de la administración a todos los afectados de la multiterapia farmacológica. La mucosa nasal es la principal parte de entrada y salida del Mycobacterium leprae, y aunque se detectan lesiones en la mucosa oral, su compromiso en la transmisión del bacilo de la lepra no ha sido investigado todavía. Si hemos investigado la presencia de DNA M. leprae en la mucosa oral de pacientes de lepra (334) y sus convivientes (1288) mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), y su correlación con las evaluaciones clínicas y análisis de laboratorio. El tanto por ciento de positividad para pacientes y contactos fue del 18,26% y 6,83%, respectivamente. Se consideró como infección subclínica entre contactos cuando la PCR y anti-PGL-1 por ELISA resultaron positivos. Este estudio revela evidencias de que la mucosa oral puede ser una fuente secundaria de estudio y transmisión de M. leprae. También hemos detectado que el DNA M. leprae está presente más frecuentemente en la mucosa oral de pacientes PB. Nuestros hallazgos son de una gran relevancia epidemiológica ya que proporcionan una estrategia adicional para los programas de control de la lepra y las clínicas odontológicas.

Wood AM, Wood CM, Bakker-Dyos J. Informe de un caso de lepra. [*Case study – leprosy*]. J R Nav Med Serv. 2010; 96 (2): 92 – 5. Disponible en Internet : <<http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/21073092>>.

Resumen:

Se presenta el caso de un joven de 26 años de la India que acudió al Hospital Role 2 en Irak con lepra. El paciente se presentó a consulta cuatro veces en un periodo de 12 meses con un dolor no específico en la mano derecha y en el antebrazo, y con una gran lesión con piel seca y sensibilidad alterada en el antebrazo.

El diagnóstico fue de lepra, y más concreto de lepra paucibacilar mediante muestras cutáneas analizadas en el Reino Unido. No fue posible tratar allí al paciente y se le recomendó regresar a su país de origen, India, para ser tratado.

Epidemiología y Prevención

Field V, Gautret P, Schlagenhauf P, Burchard GD, Caumes E, Jensenius M, Castelli F, Gkrania-Klotsas E, Weld L, López-Velez R, de Vries P, von Sonnenburg F, Loutan L, Parola P, Network TE. La migración y

el viajar están asociados a la morbilidad por enfermedades infecciosas en Europa 2008. [*Travel and migration associated infectious diseases morbidity in Europe, 2008*]. BMC Infect Dis. [en línea] 2010; 10(1): 330. [Citado el 17 Noviembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083874>>.

Resumen:

Antecedentes: Los europeos constituyen la mayor parte de los viajeros internacionales y los médicos que tratan a los pacientes que regresan tienen un papel esencial en el reconocimiento y en informar sobre el riesgo de salud pública asociada a estos viajes.

Métodos: Para investigar la morbilidad de las enfermedades infecciosas asociadas a los viajeros europeos, se analizan los diagnósticos con indicadores predictivos de enfermedad demográficos, clínicos y relacionados con los viajes en 6957 viajeros enfermos que durante el 2008 se presentaron en centro EuroTravNet con unos síntomas presumiblemente asociados con sus viajes.

Resultados: Las infecciones gastrointestinales (GI) sumaron un 33% de los casos, seguidos por el síndrome febril (20%), condiciones dermatológicas (12%) y enfermedades respiratorias (8%). Hubo tres fallecimientos: una sepsis causada por pielonefritis por *Escherichia coli*, síndrome de shock por Dengue y malaria por *Plasmodium falciparum*. Con casos de GI incluyen: diarrea aguda bacteriana (6,9%), así como giardiasis y amebiasis (2,3%).

Entre los casos con fiebre se identifican patógenos: malaria (5,4%) era la mayoritaria, seguida por dengue (19%) y otras incluyendo *Chicungunya*, rickettsial, leptospirosis, brucelosis, virus Epstein Barr, encefalitis (TBE) y hepatitis viral.

Las condiciones dermatológicas mayoritarias fueron infección por bacterias, mordeduras por artrópodos, larvas migas cutáneas y mordeduras de parásitos que requieran profilaxis post exposición y también la leishmaniosis, miasis, tungiasis y un caso de lepra. Entre las enfermedades respiratorias destacan: 112 casos de tuberculosis incluyendo un caso de multi-resistente, 104 casos tipo influenza y 5 casos de enfermedad del Legionario. Las enfermedades de transmisión sexual constituyen el 0.6% del total e incluyen HIV y sífilis. Se identificaron un total de 165 casos de enfermedades prevenibles por vacunación. El motivo y duración del viaje son un factor de riesgo específico para algunas enfermedades como Chagas en viajeros a Sur América y *P. falciparum* en inmigrantes de África subsahariana. Los viajes entre países del este y oeste de Europa también se asocian a riesgos de enfermedad.

Conclusiones: Durante el año 2008 se diagnosticaron un amplio espectro de enfermedades, en centros EuroTravNet. Los diagnósticos variaron de acuerdo con las regiones visitadas. El espectro de los viajes asociados a la morbilidad también muestra que hay que advertir que viajar cerca de casa, en Europa, también puede tener riesgos.

Fischer E, De Vlas S, Meima A, Habbema D, Richardus J. Los distintos mecanismos para la heterogeneidad en la susceptibilidad de la lepra puede explicar el agrupamiento de la enfermedad entre los contactos. [*Different Mechanisms for Heterogeneity*

in Leprosy Susceptibility Can Explain Disease Clustering within Households. PLoS One. [en línea]2010;e14061. [Citado el 19 Noviembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21124916>>.

Resumen:

La epidemiología de la lepra se caracteriza por la heterogeneidad en la susceptibilidad y agrupamiento de la enfermedad entre los convivientes. Se pretende evaluar los distintos mecanismos que permite esta heterogeneidad en la susceptibilidad a la lepra detectada en un estudio de contacto de pacientes de lepra. Se utilizó un modelo de microestimación con pacientes procedentes de más de 20.000 contactos de pacientes de lepra en Bangladesh . Se evaluaron seis mecanismos distintos de heterogeneidad en la susceptibilidad hacia la enfermedad: (1) la susceptibilidad de las indicadas al azar (sin mecanismo adicional), (2) un factor para cercamiento, (3, 4) un factor genético (dominante o recesiva), o (5, 6) la mitad factores convivientes o genéticos. Además que una fracción de 5%, 10% y 20% de la población son susceptibles, que elevan a 18 las posibilidades de confirmar con los datos. Se obtuvo un ajuste aceptable para cada uno de los seis mecanismos, por tanto no se puede excluir a ninguno de ellos. Sin embargo, la distribución de la lepra entre los contactos diferentes entre los mecanismos, y tendremos predicho en la disminución de la detección de cambios en disconformidad de dicho mecanismo, con la susceptibilidad genética presentando la nueva tendencia. El agrupamiento de la lepra entre convivientes es parcialmente causado por el aumento de la transmisión entre los convivientes independientes del mecanismo de susceptibilidad a la lepra. Incluso un estudio como este con gran cantidad de información sobre contactos de pacientes de lepra no puede confirmar con exactitud el mecanismo más probable de la heterogeneidad de la susceptibilidad a la lepra.

Weng X, Heiden JV, Xing Y, Liu J, Vissa V. Transmisión de la lepra en el Condado de Qiubei, Yunnan, China: observaciones de un estudio epidemiológico durante 8 años. [*Transmission of leprosy in Qiubei County, Yunnan, China: Insights from an 8-year molecular epidemiology investigation*]. Infect Genet Evol. [en línea] 2010; [epub ahead of print]. [Citado el 1 de Diciembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129505>>.

Resumen:

La lepra continua siendo endémica en partes de la China. Para detectar la lepra y evaluar las comunidades en riesgo, se aplicó la tipificación molecular de copias basada en el número variable de repeticiones en tándem (VNTR) en el Condado Qiubei, Wenshan Prefectura, Yunnan Province de la República Popular de China, una región multiétnica donde cohabitan cuatro étnias minoritarias. Un estudio llevado a cabo entre 2002 - 2005, proporcionó la primera descripción de las cepas de *Micobacterium leprae* en la región. Las cepas *M. leprae* en la región de Qiubei están muy conservadas, de manera que sólo se pueden distinguir me-

diante loci muy polifórmicos. Se necesita un equilibrio entre el índice de mutación y la estabilidad de loci , para que las transmisiones secundarias pueden ser identificadas como emparejamientos genotípicos. El largo período de incubación de la lepra requiere de un periodo prolongado de estudio para evaluar la validez de la tipificación VNTR y observar los cambios aleatorios en la misma población étnica. Desde 2006 a principios de 2010 se llevó a cabo el estudio y se obtuvo un total acumulativo de 164 pacientes inscritos y 130 muestras cutáneas útiles para tipificar VNTR. La información demográfica de los pacientes reveló que el índice de detección de casos entre alguna población minoritaria del Condado es considerablemente mayor que el índice nacional. El análisis de los agrupamientos de las frecuencias alélicas mostró tipos de cepas similares entre familiares y aldeas vecinas. Las frecuencias alélicas no eran significativamente distantes entre géneros o la presentación clínica. El porcentaje de casos con genotipos casi iguales variaba con la geografía y presentaba un índice considerablemente mayor a la parte norte. Estas ciudades del norte presentaban cepas que correspondían con los grupos definidos. Los genotipos del Sur eran diferentes a los del norte, pero las diferencias clonales entre las del sur eran indistinguibles. Las interacciones sociales y el medio ambiente tanto físico como ocupacional pueden favorecer la transmisión de las cepas en el norte.

General e Historia

Premkumar R. Historia de un sanatorio de lepra en India. [*The history of a leprosy sanatorium in India. A literature review*]. *Lepr Rev* 2010; 81(2): 150-159.

Resumen:

Objetivo: Karigiri se construyó con la idea inicial de ser un sanatorio que marcara la diferencia con los demás, y esta revisión pretende determinar si se ha conseguido el objetivo.

Métodos: Búsqueda de información a través de 43 publicaciones de Karigiri.

Resultados: El estigma hacia la lepra lleva a la construcción del sanatorio, y en los primeros veinte años de su existencia fue clave para el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad, a través de la investigación y proporcionó capacitación para la India y otros países en vías de desarrollo.

Sachdeva S, Khan Z, Ansari MA, Amin SS. La lepra: en declive pero todavía presente. [*Leprosy: down but not out*]. *Trop Doct.* [en línea] 2010; [epub ahead of print]. [Citado el 18 Noviembre 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21088022>>.

Resumen:

La lepra es una enfermedad discapacitante y crónica, y en India presenta áreas muy endémicas. El control de los casos se retrasa y complica cuando los casos no son detectados a tiempo por el personal médico. Este artículo estima la incidencia de la lepra y los factores de confusión que pueden causar retrasos en el diagnóstico en un planteamiento de hospitalización terciario.

Inmunopatología

Amerson EH, Maurer TA. El síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica y las dermatosis tropicales. [*Immune reconstitution inflammatory syndrome and tropical dermatoses*]. *Dermatol Clin* [en línea] 2011; 29(1):39-43. [Citado en Enero de 2011]. Disponible en Internet: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/21095526>>.

Resumen:

La pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) ha afectado de manera desigual al mundo tropical donde dermatosis, como la lepra y la leishmaniasis, son endémicas. Aunque la introducción del HAART (tratamiento antirretroviral activo) ha salvado muchas vidas, algunos pacientes en tratamiento con HAART experimenta un deterioro claro causado por el síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica (IRIS). Este trabajo explora la gama de dermatosis tropicales que hasta el momento se pueden presentar con IRIS.

Campanelli PC, Brodskyn CI, Boaventura V, Silva C, Roselino AM, Costa J, Saldanha AC, Rodrigues de Freitas LA, Indiane de Oliveira C, Barral-Netto M, Silva JS, Barral A. Las quiomocinas y receptores de quiomocinas coordinan la respuesta inmune inflamatoria en la leishmaniasis cutánea humana. [*Chemokines and chemokine receptors coordinate the inflammatory immune response in human cutaneous leishmaniasis*]. *Human immunology* [en línea] 2010; [how to cite]. [Citado el 12 de Diciembre 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science>>. DOI:10.1016/j.humimm.2010.09.002.

Resumen:

La leishmaniasis cutánea (CL) incluye distintas manifestaciones clínicas que presentan diversas intensidades de infiltración inflamatoria difusa. La CL difusa (DCL) presenta hiporespuestas y las lesiones presentan muy pocos linfocitos y predominan los macrófagos. En contraste, la CL localizada (LCL) responde al antígeno de la leishmania y las lesiones presentan granulaciones e infiltraciones de células mononucleares

en las fases primeras, variando hacia un patrón con numerosos linfocitos y macrófagos posteriormente en la lesión. Por tanto, distintas quimiocinas pueden estar afectando el predominio de la infiltración celular en las distintas manifestaciones clínicas. En lesiones de pacientes (LCL), se examinó por citometría de flujo la presencia de distintas quimiocinas y sus receptores en las células T, y se verifica una mayor expresión de CXCR3 en las primeras fases de LCL (menos de 30 días de la infección) y una mayor expresión de CCR4 en las fases posteriores de la enfermedad (más de 60 días de la infección). También, observamos una mayor frecuencia de IL-10 productor de células T en la fase tardía de la LCL. Mediante inmunohistoquímica, se detectó una mayor expresión de CCL7, CCL17 en lesiones de LCL tardía, así como de CCR4 sugere de una acumulación preferente de células T reguladoras en la LCL tardía. Comparando lesiones de pacientes LCL y DCL, se observó una mayor frecuencia de CCL7 en lesión DCL. Estos resultados muestran la importancia de las quimiocinas y nos definen los diferentes tipos de células reclutas al punto de infección, que pueden ser fundamentales para el resultado final de la infección y de su forma clínica.

Fernando N, Torres P, Vaira D, Holton J. La colonización de los pacientes de lepra en España por *Helicobacter pylori* origina inmunomodulación hacia los antígenos de bajo peso molecular del *H.pylori*. [*Colonization by Helicobacter pylori of leprosy patients in Spain:immunomodulation to low molecular weight antigens of H.pylori*]. Mem Inst Oswaldo Cruz. [en línea] 2010; 105(5):682-6. [Citado en Agosto 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20835617>>.

Resumen:

Se evaluó la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes de lepra y los efectos de la coinfección sobre la respuesta inmune frente a los antígenos del *H.pylori* en los grupos polares (lepromatoso y tuberculoide). El estudio revela que no se detectan diferencias en la prevalencia del *H.pylori* en pacientes con y sin lepra. También, se demostró que la respuesta inmune frente a los antígenos de bajo peso molecular (35,26 y 19kDa) es distinta entre los grupos lepromatosos y tuberculoideos. En la lepra lepromatosa hay una mayor prevalencia hacia los antígenos 35 y 26 kDa pero menor hacia el 19 kDa. Estos análisis inmunológicos concuerdan con los estudios histopatológicos previos que evidencian una inflamación gastrointestinal más intensa en el grupo lepromatoso; la respuesta al antígeno 35kDa se considera como indicativa de enfermedad ulcerativa.

Freitas DS, Machado N, Andrigueti FV, Reis Neto ET, Pinheiro MM. Un caso de lepra lepromatosa asociado con el uso de terapia anti-TNF. [*Lepromatous leprosy associated with the use of anti-TNF α therapy: case report*]. Rev Bras Reumatol. [en línea] 2010; 50(3):333-339. [Citado en Junio de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21125169>>.

Resumen:

Los medicamentos bloqueantes del TNF se han utilizado en el tratamiento de distintos tipos de artritis inflamatoria especialmente la artritis reumatoide. Sin embargo, existen muchas dudas respecto a su seguridad y elevado riesgo de provocar enfermedades infecciosas en estos pacientes. Se informa de un caso de lepra lepromatosa en un paciente de artritis reumatoide en tratamiento con bloqueante TNF. La presentación de efectos secundarios debe controlarse estrictamente, especialmente los relacionados con agentes infecciosos. Por tanto, se recomienda un examen clínico de las lesiones cutáneas de los pacientes bajo este tratamiento, ya que la manifestación clínica inicial puede ser poco un síntoma poco usual, especialmente en regiones endémicas de Brasil.

Trindade MA, Benard G, Ura S, Ghidella CC, Avelleira JC, Vianna FR, Marques AB, Naafs B, Fleury RN.

Reactivación granulomatosa durante el transcurso de una leproreacción = reacción o recaída. [*Granulomatous Reactivation during the Course of a Leprosy Infection: Reaction or Relapse*]. PLoS Negl Trop Dis. [en línea] 2010; 4(12):e921. [Citado el 21 de Diciembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21200422>>.

Resumen:

Antecedentes: La lepra es una enfermedad granulomatosa infecciosa y es todavía endémica en muchas partes del mundo. Causa discapacidades que son consecuencia del deterioro neural. La afectación en la mayoría de los casos es por causa de las reacciones inmunológicas.

Objetivos: Investigar las diferencias entre la leproreacción tipo 1 (reversión) y reactivación explicando la histopatología.

Métodos: Se estudiaron los cambios histopatológicos en 167 biopsias de 66 pacientes de lepra. Se seleccionaron los pacientes cuyas biopsias seriadas evidenciaban distintos patrones o mantenían el mismo patrón de reacción granulomatosa durante más de dos años después de completar el tratamiento.

Resultados: En 57 pacientes estudiados, la reactivación coincidió con una disminución del índice bacteriológico (IB), sugiriendo que esta reactivación (reacción de reversión o reacción tipo 1) coincidía con una capacidad efectiva de activación bacteriológica. En nueve pacientes, un incremento del índice bacteriológico (IB) o la persistencia de bacilos durante la reactivación, es indicativa de una recaída. Los aspectos histopatológicos de los granulomas eran similares en ambos grupos.

Conclusión: La bacteriología es el único medio para diferenciar una reacción de reversión de una recaída en pacientes con reactivación granulomatosa. La reacción de tipo 2 puede considerarse como parte de una reconstitución inmunológica (reversión, reactiva) o como una simple reacción de hipersensibilidad (reacción de decremento) en una recaída.

Molecular y Genética

Breza TS Jr, Magill JM Jr, FAnaian NK, Ramos-Caro FA. Falsos-positivos amplificados por la técnica Mycobacteria tuberculosis en muestras cutáneas de lepra. [*False-Positive Amplified Mycobacterium tuberculosis Direct Tests in Skin Specimens of Leprosy*]. South Med J. [en línea] 2010; [epub ahead of print]. [Citado el 25 de Noviembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21119554>>.

Resumen:

El test amplificado para Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis) test directo (MTD) es muy sensible (92,6%) y específico (100%) para la detección de M. tuberculosis. Se describen dos casos de lepra en humanos en la que el test de amplificación MTD resultó falso- positivo en biopsias cutáneas con el consiguiente diagnóstico equivocado de M. tuberculosis cutánea.

Da Silva RC, Lyon S, Lyon AC, Grossi MAF, Lyon SH, Bühner-Sékula S, Antunes CMF. Correlación entre las técnicas ELISA y ML Flow aplicadas a 60 pacientes de lepra brasileños. [*Correlation between ELISA and ML Flow assays applied to 60 Brazilian patients affected by leprosy*]. Trans R Soc Trop Med Hyg 2010; 104(8): 546-550.

Resumen:

Los tests serológicos para la enfermedad de Hansen pueden ser útiles para clasificar a los pacientes como multibacilares o paucibacilares. El objetivo de este estudio es evaluar la concordancia entre los ensayos serológicos, p. ej. ML Flow y ELISA en pacientes de lepra de Brasil. Se analizaron 60 pacientes recién diagnosticados de lepra. Además de los tests serológicos, se registraron datos demográficos, clínicos y epidemiológicos. El ML Flow detectó anticuerpos anti-PGL-1 en el 70% de los pacientes de lepra, mientras que la positividad para el ELISA fue del 53.3%. La concordancia entre ambas técnicas era significativa (83.3%). Se demostró que había una correlación positiva entre los resultados obtenidos mediante el ML Flow semi-cuantitativos y los valores de absorbancia. La conclusión es que ambos ensayos serológicos son eficientes para detectar anticuerpos anti-PGL-1. El ML Flow puede ser una opción más económica y sencilla que el test ELISA.

Kurdi FN, Handojo I, Agoesni I, Dahlan YP. Secuencia de aminoácido del epítipo celular B de la región N- Terminal del ESAT – 6 del Mycobacteria lepra y papel como antígeno específico para el diagnóstico de la lepra. [*Amino acid sequence of B-cell epitope of N-terminal region of ESAT-6 Mycobacterium leprae role as specific antigen for diagnosis of leprosy*]. Southeast Asian J Trop Med Public Health. [en línea] 2010; 41(5):1158- 63. [Citado el 4 de Septiembre de 2010]. Disponible en Internet:< <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073037>>.

Resumen:

El objetivo del estudio es hallar un epítopo celular B específico de la región N-Terminal del antígeno L-ESAT-6 de pacientes de lepra, individuos sanos y personal sanitario sano que han trabajado más de 10 años en el Pabellón de la lepra del Dr.A. Rivai Abdullah, Hospital para la lepra en Palembang en Indonesia. En el estudio participaron 50 individuos con 10 casos de lepra LL, 10 de BB, 10 de TT, 10 enfermeras sanas del pabellón de lepra y 10 individuos como grupo control. La secuencia de aminoácido del fragmento 11-36 de la región N-Terminal del L-ESAT-6 se dividió en una serie de 18 péptidos sintetizados en forma de péptido biotinilizado y utilizados para combinar el suero de 50 individuos mediante el método indirect ELISA. Nuestro estudio identificó en el extremo N-Terminal de L-ESAT-6, LEQCQES, VNELQC y IDALLE como marcador para LL y BB, para TT y para (marcador de protección) para las enfermeras sanas que han trabajado más de 10 años en el Pabellón de la lepra respectivamente. Estos antígenos pueden utilizarse en test inmunocromatográfico para la detección precoz de la lepra.

Luz KG, Tuon FF, Seixas Duarte MI, Mariz Maia G, Matos P, de Oliveira Ramos, AM, Nicodemo AC.

Expresión de citocinas en la mucosa duodenal de pacientes con leishmaniasis visceral. [*Cytokine expression in the duodenal mucosa of patients with visceral leishmaniasis*] Rev Soc Bras Med Trop 2010; 43(4): 393-395.

Resumen:

Introducción: La leishmania visceral (VL) es una enfermedad tropical desatendida con una respuesta inmunológica compleja frente a distintos órganos. Este patrón de la respuesta inmune órgano-específica, nunca ha sido evaluado en el terreno gastrointestinal. El propósito de este estudio es evaluar la respuesta inmune in situ en las biopsias duodenales de los pacientes con VL.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de 13 casos con VL en comparación con 9 controles. Se evaluó la aceptación inmunológica empleando inmunohistoquímica para CD4, CD8, CD68, IL-4, IFN- γ , TNF- α e IL-10. Se analizaron los hallazgos histológicos de vellosidades, criptas y el proceso inflamatorio.

Resultados: Todos los casos VL presentaron antígenos de *Leishmania*. No se detectaron antígenos en el grupo control. El tamaño de los vellos intestinales era mayor en los pacientes VL ($p < 0,05$). Los niveles CD68 (macrófago) y CD4 estaban más elevados en los pacientes VL ($p < 0,05$). No se pudieron demostrar diferencias en la expresión de CD8, TNF- α , IL-10 o IL-4. El número de células que expresaban IFN- γ era menor en los pacientes VL ($p < 0,05$). No se demostraron diferencias en la expresión de CD8, TNF- α , IL-10 o IL-4. El número de células que expresaban IFN- γ era menor en los pacientes VL ($p < 0,05$).

Conclusión: Se obtuvieron niveles bajos de citocinas en el tracto gastrointestinal de los pacientes con VL. Este modelo no se observó en otros órganos afectados por la enfermedad. La inmunotolerancia de este tejido frente a la *Leishmania* podría ser la causa de estos hallazgos, como ocurre con la bacteria intestinal.

Misch EA, Berrington WR, Vary JC Jr, Hawn TR. Lepra y el genoma humano. [*Leprosy and the human genome*]. Microbiol Mol Biol Rev. [en línea] 2010; [Citado en Diciembre 2010] ; 74(4): 589-620. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmed/21119019>>.

Resumen:

A pesar de la disponibilidad de un tratamiento efectivo durante varias décadas, la lepra sigue siendo un importante problema médico en muchas regiones del mundo. La infección con *Mycobacterium leprae* puede causar lepra paucibacilar caracterizada por granulomas y una respuesta de la célula T de tipo Th1, o la enfermedad multibacilar, caracterizada por infiltrado celular y citocinas de perfil Th2. Estas respuestas inmunológicas certifican un estado de resistencia relativa o susceptibilidad a la lepra, respectivamente, y presentan manifestaciones clínicas bien definidas. Por tanto, la lepra proporciona una oportunidad única para diseccionar la base genética de la inmunidad humana en vivos. Varios estudios llevados a cabo en los últimos 40 años revelan que los genes influyen en el riesgo de padecer lepra y la posibilidad de presentar los distintos tipos de la enfermedad. Sin embargo, todavía se está evaluando desde el punto de vista celular y molecular qué genes están comprendidos. En este trabajo se revisan varias décadas de estudios sobre genética de la lepra, incluyendo investigaciones muy recientes. Se ha concedido más validez a los análisis genéticos que están validados por la replicación del mismo fenotipo en distintos estudios independientes o apoyados por experimentos funcionales que muestren mecanismos biológicos de acción por polimorfismos específicos. La identificación de los factores genéticos e inmunológicos comprometidos en la susceptibilidad humana ha facilitado importante información sobre la patogénesis del *M. leprae*, y probablemente sirvieron para comprender mejor la respuesta inmune frente a otras micobacterias patógenas. Esta información puede ser útil para nuevas estrategias para conseguir una vacuna frente a la lepra o la tuberculosis.

Otras enfermedades

Massone C, Cavalcini A, Clapasson A, Nunzi E. ¿Máculas hipopigmentadas : lepra, atopia o pitiriasis versicolor?. [*Hypopigmented macules: leprosy, atopy or pityriasis versicolor?*]. G Ital Dermatol Venereol. [en línea] 2010; 145(6):779-82. [Citado en Diciembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21139555>>.

Resumen:

La lepra lepromatosa (LL) representa la forma más infectiva y multibacilar de la lepra. Las manifestaciones clínicas son consecuencia de la diseminación hematogénea de los bacilos e incluye máculas, placas y nódulos en una distribución simétrica

o una infiltración difusa de la piel. La (LL) puede simular muchas y distintas enfermedades inflamatorias y neoplásicas, y en un reducido porcentaje de pacientes, las manifestaciones cutáneas pueden ser atípicas. Este trabajo revive el caso de un niño Suramericano con (LL) con máculas hipopigmentadas distribuidas simétricamente, anteriormente diagnosticadas como pitiriasis alba, dermatitis atópica y pitiriasis versicolor. La atopía y pitiriasis versicolor son condiciones cutáneas comunes que también se pueden observar en pacientes de lepra y puede enmascarar el diagnóstico de (LL), sobretodo en piel oscura. Los dermatólogos en Europa deben conocer esta forma inusual de presentación de la lepra y deberán pensar en la enfermedad de Hansen en el diagnóstico diferencial del paciente de áreas endémicas.

Silveira FT, Lainson R, Crescente JA, de Souza AAA, Campos MB, Gomes CMC, Laurenti MD, Corbett CEP. Estudio prospectivo de la dinámica clínica y evolución inmunológica de la *Leishmania (L.) humana infantum chagasi* en la región amazónica brasileña. [A prospective study on the dynamics of the clinical and immunological evolution of human *Leishmania (L.) infantum chagasi* infection in the Brazilian Amazon region]. Trans R Soc Trop Med Hyg 2010; 104(8): 529-535.

Resumen:

Este estudio prospectivo se llevó a cabo entre octubre de 2003 y diciembre de 2005, con un cohorte de 946 individuos de ambos sexos y edades comprendidas entre 1 y 89 años, en un área endémica de leishmaniasis visceral americana (AVL) en el Estado de Pará, Brasil. El objetivo de este estudio es analizar la dinámica de la evolución clínica e inmunológica de la *Leishmania (L.) humana infantum chagasi* representada por los siguientes perfiles clínico-inmunológicos: infección asintomática (AI); infección sintomática (SI=AVL); infección oligosintomática subclínica (SOI); infección subclínica resistente (SRI) e infección inicial indeterminada (III). El diagnóstico inicial se efectuó mediante la técnica fluorescente y prueba intradérmica leishmanina. En total se diagnosticaron 231 casos de infección: el perfil más frecuente fue el AI (73.2%), seguido por el SRI (12.1%), III (9.9%), SI (2.6%) y SOI (2.2%). La principal conclusión referente a la evolución dinámica es que el perfil III desempeña un papel primordial a partir del cual los casos evolucionaron al perfil resistente SRI y AI o susceptible, SOI y SI; sólo uno de los 23 casos III evolucionó hacia SI, mientras que la mayoría de los casos lo hizo hacia SRI (9 casos) o SOI (5 casos) y 8 casos permanecieron como III.

Tratamientos

Idema WJ, Majer IM, Pahan D, Oskam L, Polinder S, Richardus JH. Coste – efectividad de una intervención quimioprofiláctica con una dosis única de rifampicina en contacto de nuevos pacientes de lepra. [Cost-effectiveness of a chemopro-

phylactic intervention with single dose rifampicina in contacts of new leprosy patients]. PLoS Negl Trop Dis. [en línea]2010; 4(11): e874. [Citado el 2 de Noviembre de 2010]. Disponible en Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21072235>>.

Resumen:

Antecedentes: En el año 2008 se detectaron 249.007 nuevos casos de lepra revelando que sigue siendo necesario desarrollar nuevas y efectivas intervenciones para interrumpir la transmisión del M. lepra. Hemos evaluado los beneficios económicos de la rifampicina a dosis única (SDR) para contactos como intervención quimioprolifáctica en el control de la lepra.

Métodos: Se ha realizado un ensayo clínico en un único centro, a doble ciego, aleatorio y controlado por placebo en el noroeste de Bangladesh entre 2002 y 2007, incluyendo a 21,711 contactos de los cuales 1,037 fueron pacientes de lepra. Se administró una sola dosis de rifampicina o placebo a los contactos cercanos con un seguimiento de 4 años. La medida evaluadora del resultado final fue el desarrollo de lepra clínica. Se evaluó en cuanto a la relación coste-efectividad calculando el incremento relacional coste/ efectividad (ICER) entre el tratamiento estándar MDT(OMS) y el MDT(OMS) más la quimioprolifaxis adicional.

Hallazgos: La quimioprolifaxis con SDR para prevenir la lepra entre los contactos de pacientes es rentable coste-efectivo a todos los niveles y será rentable por tanto una estrategia preventiva coste-efectivo. En total, se invierte en el coste total un incremento de 6,009 \$ y se consiguió evitar 38 casos nuevos de lepra, resultando un ICER de 158 \$ para cada caso de lepra evitado. Resultó más rentable en cuanto a coste-efectividad en los vecinos y contactos sociales de los pacientes de lepra (ICER\$214), algo más efectivo en vecinos (ICER\$497) y menos coste-efectivo entre los convivientes (ICER\$856).

Conclusión: La quimioprolifaxis con dosis única de rifampicina a contactos de nuevos pacientes de lepra, es una estrategia de intervención coste-efectiva. Hay que evaluar los estudios de implementación para establecer si esta intervención es aceptable en otras áreas endémicas de lepra del mundo.

SUMARIOS

VOLUMEN XXVII N° 4 (enero-abril)

EDITORIAL

- 331 ADP desarrolla jornada de sensibilización contra la estigmatización en el Día Mundial de la Lepra. *Nelson Caballero Jiménez.*

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

- 333 La experiencia del tratamiento médico de la lepra en un centro sanitario de referencia en Etiopía. *José Manuel Ramos, Francisco Reyes, Deriba Lemma, Isabel Belinchón.*
- 343 Las dos especies de micobacterias causantes de la lepra y su emergencia como enfermedad humana. *Francisco J. Silva.*
- 355 IDEAL: siguiendo los pasos de IMMLEP y THELEP. *Patrick J. Brennan.*
- 367 Leishmaniasis. *Iván Darío Vélez Bernal, Sara María Robledo Restrepo.*

NOTICIAS

- 397 VI Taller sobre la enfermedad de Chagas importada.
- 397 II Simposio "La piel en tunicolor: dermatosis e inmigración".
- 398 VII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMSTI).
- 399 II Congreso Continental de Rehabilitación Basada en la Comunidad para el desarrollo inclusivo.
- 401 Fontilles en la Universidad Central de Barcelona.
- 402 Reunión anual sobre la úlcera de Buruli.
- 404 Forum técnico de la Comisión Técnica de ILEP.
- 406 Master de Medicina Tropical de la Universidad Autónoma de Barcelona en Fontilles.
- 407 Cursos Internacionales de Leprología 2010.
- 408 Aula de formación: "Dr. González Castellano".
- 409 Libros recomendados.

ACTUALIDAD DE LOS PROYECTOS DE COOPERACIÓN FONTILLES

- 411 Programa de prevención de discapacidades en la zona de Janakpur (Nepal).
Fátima Moll Cervera.

FORMACIÓN CONTINUADA

- 415 Manifestaciones orales. *Juan Manuel Núñez.*

421 RESÚMENES SELECCIONADOS

VOLUMEN XXVII N° 5 (mayo-agosto)

EDITORIAL

- 435 La Formación, una apuesta de futuro. *José Ramón Gómez Echevarría.*

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

- 437 Enfermedad de Hansen en pacientes de etnia gitana en el Sanatorio de Fontil-
lles: 1909-2009. *Manuela Abad Tornero, Alicia Parra Dormal, Samuel Faith.*
- 451 Estudio clínico y epidemiológico de las leproreacciones en dos servicios de
dermatología del Paraguay. *Liliana Ramos, Olga Aldama, Beatriz di Martino,
Lourdes Bolla, Arnaldo Aldama, Gloria Mendoza.*
- 459 La lepra como forma de síndrome inflamatorio de restablecimiento inmunita-
rio: definiciones y clasificación propuestas. *Patricia Deps, Diana J. Lockwood.*
- 473 Reseña del primer curso de micología en Fontilles. *Jorge Mayorga, Gabriela
Briseño Rodríguez.*

NOTICIAS

- 479 Becas de Especialización en lepra en Fontilles.
480 Cursos Internacionales de Leprología 2010.
481 XVIII Congreso Iberoamericano de Dermatología.

NECROLÓGICAS

- 483 D. S. Ridley
484 Ji Baohong

FORMACIÓN CONTINUADA

- 485 Prevención de discapacidades y cuidados de enfermería. *Fátima Moll Cervera.*

499 RESÚMENES SELECCIONADOS

VOLUMEN XXVII N° 6 (septiembre-diciembre)

EDITORIAL

523 El futuro de la Lepra en Nicaragua. *Dr. Nelson Caballero J.*

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

525 El dinero es el vehículo de interacción: perspectivas de interacción social en las personas afectadas por la lepra en el Norte de Nigeria. *Bassey Ebenso y Maynas Ayuba.*

541 Prevalencia de la Sífilis en embarazadas de seis ciudades brasileñas. *Adele S. Benzaken, Enrique Galban Garcia, Valdir Monteiro Pinto, Eduardo Campos de Oliveira, Denis Ribeiro, Fabio Moherdau.*

551 Sífilis congénita en comunidades indígenas de difícil acceso: desafío a superar mediante uso de la tecnología. *Adele S. Benzaken, José Carlos Gomes Sardinha, Enrique Galban García.*

NOTICIAS

561 Reunión anual ILEP 2010, Council of Hammersmith, Londres.

ACTUALIDAD DE LOS PROYECTOS DE COOPERACIÓN FONTILLES

563 Informe nota Argentina. Fontilles en Misiones (Argentina). *Pedro Torres.*

565 Formación sobre Prevención de Discapacidades en Úlcera de Buruli – HFG/Fontilles/ALM. *Fátima Moll Cervera.*

FORMACIÓN CONTINUADA

573 Planificación de un programa de salud y su utilidad en la prevención y control de la enfermedad de Hansen. *Dr. Rafael Guayta-Escolies.*

589 RESÚMENES SELECCIONADOS

ÍNDICE ALFABÉTICO POR MATERIAS

(AO) Artículo original.

(RS) Resúmenes seleccionados.

A

- Ácido alfa-1 glicoproteínico como supuesto biomarcador para controlar el desarrollo de la fase reaccional de tipo 2 de lepra (El). Gupta N, Shanker-narayan NP, Dharmalingam K. (RS)..... 423
- ADP desarrolla jornada de sensibilización contra la estigmatización en el Día Mundial de la Lepra. Caballero Jiménez N. Editorial. (AO) 331
- Amiloidosis y enfermedad renal terminal (asociada a la lepra). Bezerra da Silva Junior G, Alves Barbosa O, de Moura Barros R, dos Reis Carvalho P, Rodrigues de Mendoza T, Sousa Barreto DM, Araújo Barboza C, Carvalho Guimaraes AA, de Francesco Daher E. (RS) 589
- Aminoácido del epítipo celular B de la región N-Terminal del ESAT-6 del Mycobacteria lepra y papel como antígeno específico para el diagnóstico de la lepra. Kurdi FN, Handojo I, Agoesni I, Dahlan YP. (RS)..... 597
- Anticuerpos anti-cerámida en la lepra un marcador de afectación neural? (¿Son los). Singh K, Singh B, Ray P. (RS) 507
- Aspiración con aguja fina puede sustituir la biopsia cutánea para la obtención de material para la infección experimental de ratones con Mycobacterium leprae y Lacazia loboi (La). Rosa PS, Belone AD, Lauris JR, Soares CT. 421
- Aula de Formación "Dr. González Castellano". Noticias. (AO) 408
- Avances en lepra y úlcera de Buruli. (Últimos). Walsh DS, Portaels F, Meyers WM. (RS)..... 504

B

- BCG y protección frente a la lepra: revisión de evidencia actual y estatus de la BCG en el control de la lepra (Vacunación). Merle CS, Cunha SS, Rodrigues LC. (RS)..... 421
- Becas de especialización en lepra en Fontilles. Noticias. (AO) 479
- Buruli (Diagnóstico por el laboratorio de úlcera de). Beissner M, Herbingher KH, Bretzel G. (RS)..... 512
- Buruli. (Últimos avances en lepra y úlcera de). Walsh DS, Portaels F, Meyers WM. (RS) 504

C-CH

- Células reguladoras T y células dendríticas plasmocitoides en la enfermedad de Hansen: ¿Un nuevo punto de vista en su patogénesis?. Massone C, Nunzi E, Ribeiro-Rodrigues R, Talhari C, Talhari S, Schettini AP, Parente JN, Brunasso AM, Puntoni M, Clapasson A, Noto S, Cerroni L. (RS) 425

Chagas en el distrito de Serra Azul, Mateus Leme, región central-oeste del estado de Minas Gerais, Brasil. (Estudio clínico-epidemiológico de la enfermedad). Silva EM da, Costa-Rocha MO da, Silva RC, Carmo Paixao G do, Buzzati H, Nogueira Santos A, Pereira-Nunes MC. (RS)	515
Coinfección lepra y HIV: estudio clínico, patológico, inmunológico y terapéutico de un cohorte procedente de un centro de referencia para enfermedades infecciosas de Brasil. Talhari C, Mira MT, Massone C, Braga C, Braga A, Chrusciak-Talhari A, Santos M, Orsi AT, Matsuo C, Rabelo R, Nogueira L, de Lima Ferreira LC, Ribeiro-Rodrigues R, Talhari S. (RS)	508
Comunidades indígenas de difícil acceso: desafío a superar mediante uso de la tecnología (Sífilis congénita). Benzaken A.S, Gomes Sardinha JC, Galban García E. (AO).....	551
Congreso continental de Rehabilitación Basada en la Comunidad para el desarrollo inclusivo (II). Noticias. (AO)	399
Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI) (VII). Noticias. (AO).	398
Congreso Iberoamericano de dermatología: 10-14 de noviembre de 2010, Cancún, México. (XVIII). Noticias. (AO)	481
Curso de micología en Fontilles (Reseña del primer). Mayorga J, Briseño Rodríguez G. (AO).....	473
Cursos Internacionales de leprología 2010. Noticias. (AO)	407
Cursos Internacionales de leprología 2010. Noticias. (AO)	480

D

Dapsona (Mecanismos patofisiológicos, diagnóstico y control de la metahe-moglobulinemia inducida por la). Ashurst JV, Wasson MN, Hauger W, Fritz WT. (RS)	427
Dapsona. (Nuevos usos de la). Wozel VE. (RS).....	512
Dapsona: curso clínico y características. (Intoxicación por). Hye Park K, Kim H, Chongseo Lee C, Chul Cha K, Min Park S, Jin Ji H, Ho Do H, Hyun Lee K, Oh Hwang S, Singer AJ. (RS)	510
Deformidades múltiples de grado II en un niño: efectos adversos de la lepra. Rao R, Balanchandran C. (RS).....	427
Diagnóstica y de tratamiento de la lepra (Difucultad). Forno C, Häusermann P, Hatz C, Itin P, Blum J. (RS)	499
Diagnóstico por el laboratorio de úlcera de Buruli. Beissner M, Herbingen KH, Bretzel G. (RS).....	512
Diagnóstico que no debe ser olvidado. (Lepra infantil: un). Frémont G, Bourrat E, Mahé E, Flageul B. (RS).....	499
Dinámica clínica y evolución inmunológica de la leishmania humana en la región amazónica (estudio). Silveira FT, Lainson R, Crescente JA, de Souza AAA, Campos MB, Gomes CMC, Laurenti MD, Corbett CEP.(RS).	600

Discapacidad física en el momento del diagnóstico de 19,283 nuevos casos de lepra. (Factores de riesgo para la). Moschioni C, Figueiredo Antunes CM de, Faria Grossi MA, Lambertucci JR. (RS)	509
Discapacidades al finalizar el tratamiento entre pacientes de lepra en Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. Hernández Ramos JM, Dutra Souto FJ. (RS)	509
Discapacidades y cuidados de enfermería. (Prevención de). Moll Cervera F. Formación continuada. (AO)	485

E

Enfermedad de Chagas importada (VI Taller sobre la). Noticias. (AO)	397
Enfermedad de Hansen en pacientes de etnia gitana en el sanatorio de Fontilles: 1909-2009. Abad Tornero M, Parra Dormal A, Faith S. (AO)	437
Epidemiológico de la lepra en un municipio brasileño entre 2000 y 2006. (Perfil). Souza Castro Miranzi S de, Morais Pereira LH de, Aparecido Nunes A. (RS).....	502
Erupción liquenoide: informe de un caso y revisión de la literatura. (Lepra simulando). Sousa AR, Costa CO, Queiroz HM, Gonçalves PE, Gonçalves Hde S. (RS)	502
Especies de micobacterias causantes de la lepra y su emergencia como enfermedad humana (Las dos). Silva FJ. (AO)	343
Estigmatización en el Día Mundial de la Lepra (ADP desarrolla jornada de sensibilización contra la). Caballero Jiménez N. Editorial. (AO)	331
Etiopía (La experiencia del tratamiento médico de la lepra en un centro sanitario de referencia en). Ramos JM, Reyes F, Lemma D, Belinchón I. (AO).....	333
Experiencia del tratamiento médico de la lepra en un centro sanitario de referencia en Etiopía, La. Ramos JM, Reyes F, Lemma D, Belinchón I. (AO).....	333

F

Fontilles en la Universidad Central de Barcelona. Noticias. (AO)	401
Fontilles en Misiones - Argentina (Informe). Actualidad de los proyectos de cooperación. (AO).....	563
Formación, una apuesta de futuro (La). Gómez Echevarría JR. Editorial. (AO).....	435
Forum técnico de la Comisión Técnica de ILEP. Noticias. (AO)	404
Frotis cutáneos teñidos mediante Zielh-Neelsen Carbol Fucsina para una mejor identificación de frotis negativos (Extracción y detección de DNA M. leprae de partes de). Kamble RR, Shinde VS, Madhale SP, Kamble AA, Ravikumar BP, Jadhav RS. (RS)	424
Futuro de la lepra en Nicaragua (El). Caballero J.N. Editorial. (AO)	523

G

Ginecomastia (Manifestaciones cutáneas de las condiciones sistémicas asociadas con la). Kapoor S. (RS).....	501
Guía técnica de Rehabilitación Comunitaria y Lepra OMS/ILEP. Noticias. (AO) .	410

I

IDEAL: siguiendo los pasos de IMMLEP y THELEP. Brennan PJ. (AO)	355
ILEP 2010, Council of Hammersmith, Londres (reunión anual). Noticias. (AO)..	561
Infantil: un diagnóstico que no debe ser olvidado. (Lepra). Frémont G, Bourrat E, Mahé E, Flageul B. (RS).....	499
Infección durante la infancia y período largo de incubación de la lepra en el caso de un chimpancé utilizado en estudios de investigación médica. Suzuki K, Udono T, Fujisawa M, Tanigawa K, Idani G, Ishii N. (RS).....	503
Intervención quimioproléctica con una dosis de rifampicina (coste-efectividad). Idema WJ, Majer IM, Pahan D, Oskam L, Polinder S, Richardus JH. (RS).....	600
Investigación en la Unión Europea sobre tuberculosis: hechos pasados y desafíos futuros. Lang H, Quaglio G, Olesen OF. (RS)	514
Investigación médica. (Infección durante la infancia y período largo de incubación de la lepra en el caso de un chimpancé utilizado en estudios de). Suzuki K, Udono T, Fujisawa M, Tanigawa K, Idani G, Ishii N. (RS).....	503

J

Ji Baohong, Profesor. Necrológicas. (AO).....	484
Journey from the dark. Noticias. (AO).....	409

L

La colonización de los pacientes de lepra en España por <i>Helicobacter pylori</i> (origina inmunomodulación hacia los antígenos de bajo peso molecular del H-pylori). Fernando N, Torres P, Vaira D, Holton J. (RS).....	595
La lepra (en declive pero presente). Sachdeva S, Khan Z, Ansari MA, Amin SS. (RS).	593
Leishmaniasis cutánea humana (las quiomocinas y receptores de quiomocinas coordinan la respuesta inmune inflamatoria en). Ana PC, Claudia I, Brodskyn, Viviane B, Claire S, Ana MR, Jackson C, Ana Cristina S, Luiz Antonio R de F, Camila Indiane de O, Manoel B-N, Joao SS, Aldina B. (RS).	594
Leishmaniasis visceral: características clínicas y de laboratorio. (Mortalidad por). Oliveira JM de, Fernandes AC, Cavalheiros Dorval ME, Peixoto Alves T, Dias Fernandes T, Teruya Oshiro E, Lyrio de Oliveira AL. (RS).....	514
Leishmaniasis. Vélez Bernal ID, Robledo Restrepo SM. (AO)	367

Lepra e inmigración en los Estados Unidos en el siglo XXI. (Déjà Vu: estudio sobre). White C. (RS)	505
Lepra infantil: un diagnóstico que no debe ser olvidado. Frémont G, Bourrat E, Mahé E, Flageul B. (RS).....	499
Lepra lepromatosa (caso asociado con el uso de terapia anti-TNF). Freitas DS, Machado N, Andrigueti FV, Reis Neto ET, Pinheiro MM. (RS).	595
Lepra ocular: revisión histórica. Cohen JM. (RS)	422
Lepra simulando erupción liquenoide: informe de un caso y revisión de la literatura. Sousa AR, Costa CO, Queiroz HM, Gonçalves PE, Gonçalves Hde S. (RS)	502
Lepra y el genoma humano. Misch EA, Berrington WR, Vary JC Jr, Hawn Tr. (RS).	599
Lepra, atopía o pitiriasis versicolor (¿Máculas hipopigmentados?). Massone C, Cavalchini A, Clapasson A, Nunzi E. (RS).	599
Leprorreacciones atendidas en dos centros de referencia de Recife, al nordeste de Brasil. (Polimorfismos del gen NRAMP1 en personas afectadas por). Galvao Teixeira MA, Silva NL, Ramos AL, Hatagima A, Magalhaes V. (RS).....	506
Leprorreacciones en dos servicios de dermatología del Paraguay. Período 2003-2009. (Estudio clínico y epidemiológico de las). Ramos L, Aldama O, Di Martino B, Bolla L, Aldama A, Mendoza G. (AO).....	451
Leprorreacciones en individuos paucibacilares y multibacilares que atendían dos centros de referencia en Recife, Pernambuco. (Características de las). Galvao Teixeira MA, Magalhaes da Silveira V, Rodrigues de França E. (RS).....	500

M

Manifestaciones orales. Núñez Martí JM. Formación Continuada. (AO).....	415
Master de Medicina Tropical de la Universidad Autónoma de Barcelona en Fontilles. Noticias. (AO)	406
Mecanismos para la heterogeneidad en la susceptibilidad de la lepra (explicar el agrupamiento de la enfermedad entre los contactos). Fischer E, De Vlas S, Meima A, Habbema D, Richardus J. (RS).	591
Micobacterianas. (Antecedentes de la lepra y lecciones aprendidas de otras enfermedades). Goulart LR, Goulart IM. (RS).....	503
Micobacterias causantes de la lepra y su emergencia como enfermedad humana. (Las dos especies de). Silva FJ. (AO)	343
Micología en Fontilles (Reseña del primer curso de). Mayorga J, Briseño Rodríguez G. (AO).....	473
Mielopatía HTLV-1 asociada (Diagnosticada durante el tratamiento de una reacción lepromatosa). Grossi Araújo M, Utsch Gonçalves D, Nobre V, Ramos Ribas JG, de Freitas Carneiro-Proietti AB, Lambertucci JR, Martins Guedes AC. (RS).	589

Migración y viajar asociados a la morbilidad (por enfermedades infecciosas en Europa 2008). Field V, Gautret P, Schlagenhauf P, Burchard GD, Caumes E, Jensenius M, Castelli F, Gkrania-Klotsas E, Weld L, López-Vélez R, de Vries P, von Sonnenburg F, Loutan L, Parola P, Network TE. (RS)	590
Molecular de la Tumba de la Mortaja del siglo I en Akeldama, Jerusalén (Estudio). Matheson CD, Vernon KK, Lahti A, Fratpiero R, Spigelman M, Gibson S, Greenblatt CL, Donoghue HD. (RS).....	426
Mucosa bucal (como fuente de infección y transmisión de <i>M.leprae</i> y las implicaciones de la detección del DNA bacteriano y el estado inmunológico). Martínez TS, Figueira MM, Costa AV, Gonçalves MA, Goulart LR, Goulart IM. (RS).	589
Mucosa duodenal (expresión de citocinas en pacientes con leishmaniasis). Luz KG, Tuon FF, Seixas Duarte MI, Mariz Maia G, Matos P, de Oliveira Ramos AM, Nicodemo AC. (RS).....	598
Multiterapia uniforme. (Seguimiento durante dos años de 166 pacientes de lepra tratados con). Shen J, Li W, Zhou M, Mou H, Bao X, Yang R, Wang J. (RS)	511
<i>Mycobacterium ulcerans</i> en el medioambiente. (La aplicación de la PCR a tiempo real en Ghana, país endémico de úlcera de Buruli, confirma la presencia de). Vandellannoote K, Durnez L, Amisshah D, Gryseels S, Doodoo A, Yeboah S, Addo P, Addyani M, Leirs H, Ablordey A, Portaels F. (RS)	429
<i>Mycobacterium ulcerans</i> : un ensayo aleatorio controlado (Tratamiento oral antimicrobiano para la infección limitada y precoz por). Nienhuis WA, Stienstra Y, Thompson WA, Awah PC, Abass KM, Tuah W, Awa-Boateng NY, Ampadu EO, Siegmund V, Schouten JP, Adjei O, Bretzel G, Van der Werf TS. (RS)	428

N

Neural? (¿Son los anticuerpos anti-ceramida en la lepra un marcador de afectación). Singh K, Singh B, Ray P. (RS)	507
Neutrófilos y la inflamación en la lepra (Rutas integradas para el incremento de). Lee DJ, Li H, Ochoa MT, Tanaka M, Carbone RJ, Damoiseaux R, Burdick A, Sarno EN, Rea TH, Modlin RL. (RS)	424

O

Ofloxacino de 4 semanas en comparación con la MDT-OMS estándar para lepra PB. (Eficacia de un tratamiento con). Balagon MF, Cellona RV, Abalos RM, Gelber RH, Saunderson P. (RS)	510
Orales crónicas y la expresión de niveles séricos de IL-1, TNF-alfa, IL-6, IFN-gamma e IL-10 (La recurrencia de episodios reaccionales en la lepra puede asociarse con infecciones). Motta AC, Furini RB, Simao JC, Ferreira MA, Komesu MC, Foss NT. (RS)	507

P

- Perspectivas de interacción social en las personas afectadas por la lepra en el Norte de Nigeria (El dinero es el vehículo de interacción). Basse E., Maynas A. (AO). 525
- Planificación de un programa de salud y su utilidad (prevención y control de la enfermedad de Hansen). Guaita - Escolies R. Formación continuada. (AO). 573
- Programa de prevención de discapacidades en la zona de Janakpur (Nepal). Moll Cervera F. Actualidad de Proyectos. (AO) 411

R

- Reaccionales en la lepra puede asociarse con infecciones orales crónicas y la expresión de niveles séricos de IL-1, TNF-alfa, IL-6, IFN-gamma e IL-10 (La recurrencia de episodios). Motta AC, Furini RB, Simao JC, Ferreira MA, Komesu MC, Foss NT. (RS) 507
- Reacciones de tipo 2 poco frecuentes en lepra (Algunas). Ramesh V, Pahwa M. (RS) 501
- Reactivación granulomatosa (durante el transcurso de una leproreacción). Trindade MA, Bernard G, Ura S, Ghidella CC, Avelleira JC, Vianna FR, Marques AB, Naafs B, Fleury RN. (RS). 596
- Reconstitución inmunológica y las dermatosis tropicales (síndrome inflamatorio). Amerson EH, Maurer TA. (RS). 594
- Resistencia farmacológica en la lepra. Matsuoka M. (RS) 428
- Ridley, Dennis Snow. Necrológicas. (AO) 483
- Rutas integradas para el incremento de neutrófilos y la inflamación en la lepra. Lee DJ, Li H, Ochoa MT, Tanaka M, Carbone RJ, Damoiseaux R, Burdick A, Sarno EN, Rea TH, Modlin RL. (RS) 424

S

- Sanatorio de lepra en India (Historia). Premkumar R. (RS) 593
- Sífilis en embarazadas de seis ciudades brasileñas (prevalencia). Benzaken A.S, Galban García E, Monteiro Pinto V, Campos de Oliveira E, Ribeiro D, Moherdani F. (AO). 541
- Simposio "La piel en Tecnicolor": Dermatosis e inmigración. (II). Noticias. (AO) 397
- Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica en un paciente infectado de virus de inmunodeficiencia humana. (Desenmascarando la lepra:). Bussone G, Charlier C, Bille E, Caux F, Lèvy A, Viard JP, Lecuit M, Lortholary O. (RS) 506
- Síndrome inflamatorio de restablecimiento inmunitario: definiciones y clasificación propuestas. (La lepra como forma de). Deps P, Lockwood DJ. (AO) 459

T

- Técnica Mycobacteria tuberculosis directo en muestras cutáneas de lepra (falsos-positivos). Breza TS, Magill JM Jr, F Anaian NK, Ramos-Caro FA. (RS). 597
- Técnicas ELISA y ML Flow aplicadas a 60 pacientes de lepra brasileños. (Correlación entre las). Da Silva RC, Lyon S, Lyon AC, Grossi MA, Lyon SH, Bühner-Sékula S, Antunes CM. (RS)..... 499,597
- Tener la lepra y trabajar como enfermera: historias de lucha y superación. Gusmao AP, Antunes MJ. (RS)..... 423
- Transmisión de la lepra en el condado de Qiubei, Yunnan, China (observaciones de un estudio epidemiológico). Weng X, Heiden JV, Xing Y, Liu J, Vissa V. (RS)..... 592
- Tratados con multiterapia uniforme. (Seguimiento durante dos años de 166 pacientes de lepra). Shen J, Li W, Zhou M, Mou H, Bao X, Yang R, Wang J. (RS) 511
- Tratamiento con ofloxacino de 4 semanas en comparación con la MDT-OMS estándar para lepra PB. (Eficacia de un). Balagon MF, Cellona RV, Abalos RM, Gelber RH, Saunderson P. (RS)..... 510
- Tuberculosis. (Desafíos para el desarrollo de nuevos medicamentos y pautas para la). Jindani A, Griffin GE. (RS) 513
- Tuberculosis: hechos pasados y desafíos futuros. (Investigación en la Unión Europea sobre). Lang H, Quaglio G, Olesen OF. (RS) 514
- Tuberculosis: progresos, desafíos y el camino que queda por recorrer. (Desarrollo de medicamentos para la). Ginsberg AM. (RS)..... 513

U

- Úlcera de Buruli (Formación sobre Prevención de Discapacidades). Moll Cervera F. Actualidad de los proyectos de cooperación. (AO). 565
- Úlcera de Buruli (Reunión anual sobre). Noticias. (AO)..... 402
- Un caso de lepra (Informe). Wood AM, Wood CM, Bakker-Dyos J. (RS)..... 590

V

- Vacunación BCG y protección frente a la lepra: revisión de evidencia actual y estatus de la BCG en el control de la lepra. Merle CS, Cunha SS, Rodrigues LC. (RS)..... 421

ÍNDICE ALFABÉTICO POR AUTORES

A

Abad Tornero M: 437
Abalos RM: 510
Abass KM: 428
Ablordey A: 429
Addo P: 429
Addyani M: 429
Adjei O: 428
Agoesni I: 597
Aldama A: 451
Aldama O: 451
Alves Barbosa O: 589
Amerson EH: 594
Amin SS: 593
Amissah D: 429
Ampadu EO: 428
Andrighueti FV: 595
Ansari MA: 593
Antunes CM: 499, 597
Antunes MJ: 423
Aparecido Nunes A: 502
Araujo Barboza C: 589
Ashurst JV: 427
Avelleira JC: 596
Awa-Boateng NY: 428
Auwah PC: 428
Ayuba M: 525

B

Bakker-Dyos J: 590
Balagon MF: 510
Balanchandran C: 427
Bao X: 511
Barral A: 594
Barral-Netto M: 594
Beissner M: 512
Belinchón I: 333
Belone AD: 421
Benard G: 596

Benzaken AS: 541, 551
Berrington WR: 599
Bezerra da Silva Jr G: 589
Bille E: 506
Blum J: 499
Boaventura V: 594
Bolla L: 451
Bourrat E: 499
Braga A: 508
Braga C: 508
Brennan PJ: 355
Bretzel G: 428
Bretzel G: 512
Breza TS Jr: 597
Briseño Rodríguez G: 473
Brodskyn CI: 594
Brunasso AM: 425
Bührer-Sékula S: 499, 597
Burchard GD: 590
Burdick A: 424
Bussone G: 506
Buzzati H: 515

C/CH

Caballero Jiménez N: 331, 523
Campanelli AP: 594
Campos de Oliveira E: 541
Campos MB: 600
Carbone RJ: 424
Carmo Paixao G do: 515
Carvalho Guimaraes AA: 589
Castelli F: 590
Caumes E: 590
Caux F: 506
Cavalchini A: 599
Cavalheiros Dorval ME: 514

Cellona RV: 510
Cerroni L: 425
Charlier C: 506
Chongseo Lee C: 510
Chrusciak-Talhari A: 508
Chul Cha K: 510
Clapasson A: 425, 599
Cohen JM: 422
Corbett CEP: 600
Costa AV: 589
Costa CO: 502
Costa J: 594
Costa Rocha MO da: 515
Crescente JA: 600
Cunha SS: 421

D

Da Silva RC: 499, 597
Dahlan YP: 597
Damoiseaux R: 424
De Francesco Daher E: 589
De Freitas Carneiro-Proietti AB: 589
De Moura Barros R: 589
De Oliveira Ramos AM: 598
De Souza AAA: 600
De Vlas S: 591
Deps P: 459
Dharmalingam K: 423
Dias Fernandes T: 514
Dodoo A: 429
Donoghue HD: 426
Dos Reis Carvalho P: 589
Durnez L: 429
Dutra Souto FJ: 509

E

Ebenso B: 525

F

Faith S: 437
 Fanaian NK: 597
 Faria Grossi MA: 509
 Fernandes AC: 514
 Fernando N: 595
 Ferreira MA: 507
 Field V: 590
 Figueira MM: 589
 Figueiredo Antunes CM de:
 509
 Fischer E: 591
 Flageul B: 499
 Fleury RN: 596
 Forno C: 499
 Foss NT: 507
 Fratpietro R: 426
 Freitas DS: 595
 Frémont G: 499
 Fritz WT: 427
 Fujisawa M: 503
 Furini RB: 507

G

Galban García E: 541, 551
 Galvao Teixeira MA: 500,
 506
 Gautret P: 590
 Gelber RH: 510
 Ghidella CC: 596
 Gibson S: 426
 Ginsberg AM: 513
 Gkrania-Klotsas E: 590
 Gomes CMC: 600
 Gomes Sardinha JC: 551
 Gómez Echevarría JR: 435
 Gonçalves Hde S: 502
 Gonçalves MA: 589
 Gonçalves PE: 502
 Goulart IM: 503, 589
 Goulart LR: 503, 589
 Greenblatt CL: 426

Griffith GE: 513
 Grossi Araujo M: 589
 Grossi MA: 499, 597
 Gryseels S: 429
 Guayta-Escolies R: 573
 Gupta N: 423
 Gusmao AP: 423

H

Habbema D: 591
 Handojo I: 597
 Hatagima A: 506
 Hatz C: 499
 Hauger W: 427
 Häusermann P: 499
 Hawn TR: 599
 Heiden JV: 592
 Herbinger KH: 512
 Hernández Ramos JM: 509
 Ho Do H: 510
 Holton J: 595
 Hye Park K: 510
 Hyun Lee K: 510

I

Idani G: 503
 Idema WJ: 600
 Indiani de Oliveira C: 594
 Ishii N: 503
 Itin P: 499

J

Jadhav RS: 424
 Jensenius M: 590
 Jin Ji H: 510
 Jindani A: 513

K

Kamble AA: 424
 Kamble RR: 424
 Kapoor S: 501

Khan Z: 593
 Komesu MC: 507
 Kurdi FN: 597

L

Lahti A: 426
 Lainson R: 600
 Lambertucci JR: 509, 589
 Lang H: 514
 Laurenti MD: 600
 Lauris JR: 421
 Lecuit M: 506
 Lee DJ: 424
 Leirs H: 429
 Lemma D: 333
 Lévy A: 506
 Li W: 511
 Lima Ferreira LC de: 508
 Liu J: 592
 Lockwood DJ: 459
 Lopez-Velez R: 590
 Lortholary O: 506
 Loutan L: 590
 Luz KG: 598
 Lyon AC: 499, 597
 Lyon S: 499, 597
 Lyon SH: 499, 597
 Lyrio de Oliveira AL: 514

M

Machado N: 595
 Madhale SP: 424
 Magalhaes da Silveira V:
 500
 Magalhaes V: 506
 Magill JM Jr: 597
 Mahé E: 499
 Majer IM: 600
 Mariz Maia G: 598
 Marques AB: 596
 Martínez TS: 589
 Martino Di B: 451
 Martins Guedes AC: 589
 Massone C: 425, 508, 599

Matheson CD: 426
Matos P: 598
Matsuo C: 508
Matsuoka M: 428
Maurer TA: 594
Mayorga J: 473
Meima A: 591
Mendoza G: 451
Merle CS: 421
Meyers WM: 504
Min Park S: 510
Mira MT: 508
Misch EA: 599
Modlin RL: 424
Moherdau F: 541
Moll Cervera F: 411, 485,
565
Monteiro Pinto V: 541
Morais Pereira LH de: 502
Moschioni C: 509
Motta AC: 506
Mou H: 511

N

Naafs B: 596
Network TE: 590
Nicodemo AC: 598
Nienhuis WA: 428
Nobre V: 589
Nogueira Santos A: 515
Nogueiro L: 508
Noto S: 425
Nunzi E: 425, 599
Núñez Martí JM: 415

O

Ochoa MT: 424
Oh Hwang S: 510
Olesen OF: 514
Oliveira JM de: 514
Orsi AT: 508
Oskam L: 600

P/Q

Pahan D: 600
Pahwa M: 501
Parente JN: 425
Parola P: 590
Parra Dormal A: 437
Peixoto Alves T: 514
Pereira Nunes MC: 515
Pinheiro MM: 595
Polinder S: 600
Portaels F: 429
Portaels F: 504
Premkumar R: 593
Puntoni M: 425
Quaglio G: 514
Queiroz HM: 502

R

Rabelo R: 508
Ramesh V: 501
Ramos AL: 506
Ramos JM: 333
Ramos L: 451
Ramos Ribas JG: 589
Ramos-Caro FA: 597
Rao R: 427
Ravikumar BP: 424
Ray P: 507
Rea TH: 424
Reis Neto ET: 595
Reyes F: 333
Ribeiro D: 541
Ribeiro-Rodrigues R: 425,
508
Richardus J: 591
Richardus JH: 600
Robledo Restrepo SM: 367
Rodrigues de França E: 500
Rodrigues de Freitas LA:
594
Rodrigues de Mendoza T:
589

Rodrigues LC: 421
Rosa PS: 421
Roselino AM: 594

S

Sachdeva S: 593
Saldanha AC: 594
Santos M: 508
Sarno EN: 424
Saunderson P: 510
Schettini AP: 425
Schlagenhauf P: 590
Schouten JP: 428
Seixas Duarte MI: 598
Shankernarayan NP: 423
Shen J: 511
Shinde VS: 424
SiegmondV: 428
Silva C: 594
Silva EM da: 515
Silva FJ: 343
Silva JS: 594
Silva NL: 506
Silva RC: 515
Silveira FT: 600
Simao JC: 507
Singer AJ: 510
Singh K: 507
Sinhg B: 507
Soares CT: 421
Sonnenburg F von: 590
Sousa AR: 502
Sousa Barreto DM: 589
Souza Castro Miranzi S de:
502
Spigelman M: 426
Stienstra Y: 428
Suzuki K: 503

T

Talhari C: 425, 508
Talhari S: 425, 508

Tanaka M: 424
Tanigawa K: 503
Teruya Oshiro E: 514
Thompson WA: 428
Torres Muñoz P: 561, 563
Torres P: 595
Trindade MA: 596
Tuah W: 428
Tuon FF: 598

U / V

Udono T: 503
Ura S: 596
Utsch Gonçalves D: 589
Vaira D: 595
Van der Werf TS: 428
Vandelannoote K: 429
Vary JC Jr: 599
Vélez Bernal ID: 367
Vernon KK: 426
Vianna FR: 596
Viard JP: 506
Vissa V: 592
Vries P de: 590

W

Walsh DS: 504
Wang J: 511
Wasson MN: 427
Weld L: 590
Weng X: 592
White C: 505
Wood AM: 590
Wood CM: 590
Wozel VE: 512
X/Y
Xing Y: 592
Yang R: 511
Yeboah S: 429

Z

Zhou M: 511

**Deseamos y agradecemos el envío regular de Revistas dedicadas a Medicina
Con gusto aceptamos el canje con las que lo deseen. Los envíos han de dirigirse a:
revista de LEPROLOGÍA. – Biblioteca Médica. Sanatorio San Francisco de Borja.
03791, Fontilles (Alicante) España**

Recibimos ya las siguientes publicaciones que recomendamos a nuestros lectores

ESPAÑA

- 1.—Actualidad dermatológica — Barcelona
- 2.—Anales de la Real Academia Nacional de Medicina — Madrid
- 3.—Anales del Instituto Barraquer — Barcelona
- 4.—Anàlisi Epidemiològica Setmanal — Valencia
- 5.—Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza — Zaragoza
- 6.—Atención Farmacéutica. *Revista Europea de Farmacia Clínica*..... — Barcelona
- 7.—Boletín Epidemiológico Semanal..... — Madrid
- 8.—Boletín Informativo de la Fundación “Juan March” — Madrid
- 9.—Ciencia Forense — Zaragoza
- 10.—Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica — Barcelona
- 11.—Farmacéutico, El — Barcelona
- 12.—Gaceta Médica de Bilbao — Bilbao
- 13.—Inmunología..... — Barcelona
- 14.—Investigación Clínica..... — Granada
- 15.—Labor Hospitalaria..... — Barcelona
- 16.—Medicina Clínica..... — Barcelona
- 17.—Microbiología Clínica — Madrid
- 18.—Noticias Médicas — Madrid
- 19.—Obstetricia Ginecológica — Barcelona
- 20.—Panorama Actual del Medicamento — Madrid
- 21.—Revista de la Universidad de Navarra..... — Pamplona
- 22.—Revista Española de Medicina, Educación Física y Deporte..... — Madrid
- 23.—Revista Española de Neurología — Madrid
- 24.—Revista Española de Salud Pública — Madrid
- 25.—Siete Días Médicos..... — Madrid
- 26.—Tiempos Médicos..... — Madrid

EXTRANJERO

1.—American Leprosy Missions.....	— New York (USA)
2.—Amici dei Lebbrosi.....	— Bologna (Italia)
3.—Archivos Argentinos de Dermatología.....	— Buenos Aires (Argentina)
4.—Biomédica.....	— Bogotá (Colombia)
5.—Bulletin de l'Academie Nationale de Médecine.....	— París (Francia)
6.—Bulletin de l'ALLF.....	— Bordeaux (Francia)
7.—Bulletin of the World Health Organization.....	— Geneve (Suiza)
8.—Chinese Journal of Dermatology.....	— Nanking, Jiangsu (China)
9.—Dermatología e Venereología.....	— Torino (Italia)
10.—Indian Journal of Leprosy.....	— New Delhi (India)
11.—Lepra Mecmuasi.....	— Cebici-Ankara (Turquía)
12.—Leprosy Review.....	— London (UK)
13.—Medecine Tropicale.....	— Marseille (Francia)
14.—Miteinander.....	— Würzburg (Alemania)
15.—Revista Argentina de Dermatología.....	— Buenos Aires (Argentina)
16.—Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.....	— Sao Paulo (Brasil)
17.—Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo.....	— Sao Paulo (Brasil)
18.—The Star.....	— Carville (USA)
19.—Tuberculosis.....	— Amsterdam (Holanda)

A LOS SEÑORES EDITORES

Se publicará en esta revista médica una nota bibliográfica de todas las obras que se nos remitan ejemplares

Respuesta comercial
Autorización núm. 13654
B.O. de correos
(fecha: 04-11-94)

No
necesita
sello



Apartado 112 FD- 46080 Valencia



**Biblioteca Médica del Sanatorio San Fco. de Borja
03791 Fontilles (Alicante)
España**

**Tel. 965 58 33 50
Fax. 965 58 33 76
biblioteca@fontilles.org**

Nombre/ Name

Apellidos/ Surname

Dirección/ Address

Población/ City C.P/ P.O.Box

País/ Country

e.mail: Teléfono/ Phone

N.I.F/ Passport number

- Suscripción anual a la Revista Leprología**
- España 30 €/año Extranjero vía ordinaria 42 €/año
 vía aérea 60 €/año
- Solicitud del n.º atrasado**
- España 8 € Extranjero 16 €

Forma de Pago

- Contrareembolso
 Cheque bancario a nombre de Fontilles
 Transferencia bancaria

2090 0051 31 0040002687
Caja de Ahorros del Mediterráneo

fecha y firma

