

LEPRA

Todos los derechos reservados

Fecha de publicación 25/05/09

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de todos los pacientes notificados de lepra en Ciudad Habana durante el trienio 2003 al 2005; cuyas Encuestas Epidemiológicas se obtuvieron del Departamento de Estadística Provincial de Salud Pública de Ciudad de la Habana siendo el universo de estudio constituido por 48 pacientes. El grupo de edades más afectado fueron entre 25 y 34 años; el sexo masculino y la raza blanca prevalecieron. Los municipios Arroyo Naranjo y Marianao fueron los que más aportaron casos. El diagnóstico de la enfermedad se hizo antes de los doce meses de aparición de las lesiones. Hubo correlación Clínico Patológica en la totalidad de los casos de la lepra lepromatosa. Palabras Claves: Epidemiología. Lepra.

INTRODUCCIÓN

En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó la meta global de eliminación de la lepra como problema de salud pública, al definir que para el año 2 000 la enfermedad debería alcanzar una prevalencia global menor de 1 caso por cada 10 000 habitantes (1,2). En 1999 surgió la Alianza Mundial contra la Lepra en la cual participaron entidades que auspician y financian este proyecto; tales como, la Fundación Japonesa Sosakawa, la Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra, Novartis y las Instituciones de Salud de cada país (3).

Los millones de dólares generosamente donados por las entidades mencionadas, lograron llevar la prevalencia mundial de la enfermedad a 1,4 por cada 10 000 habitantes a disminuir en un 85% el número de pacientes, a eliminarla en 98 países y a reducir el número de discapacitados en unos dos millones de personas. Brasil, India y varios países del África Subsahariana no alcanzaron la meta

deseada, por lo cual la eliminación de la enfermedad se pospuso para el año 2005 (3). En el mundo, el número de casos nuevos detectados cada año no ha variado mucho, en los últimos 10 años. Según La OMS cada año se registra más o menos 700 000 nuevos casos de lepra. Los países con mayor número de casos son: India, Brasil, Myanmar, Indonesia, Nepal, Madagascar, Etiopía, Mozambique, República Democrática del Congo, Tanzania y Guinea (4). En Colombia, este número ha oscilado entre 700 y 800 pacientes (5). Esto significa que la transmisión de la enfermedad no se ha modificado.

Es necesario identificar los factores que propician una transmisión invariable; entre ellos figuran la detección tardía de los casos, los tratamientos aplicados sin control estricto, la ausencia de una búsqueda activa de los casos, especialmente, entre los convivientes de enfermos quienes están en mayor riesgo de adquirir la enfermedad, así como entre las poblaciones olvidadas o de difícil acceso (4, 7, 8). Otro hecho encomiable de la búsqueda activa de casos es que la detección de pacientes en las fases iniciales de la enfermedad (7), cuando son paucibacilares; permite un tratamiento por 6 meses y no de 2 años como lo recomienda el actual programa para pacientes multibacilares; y que la OMS estima que debe reducirse a solo un año. Este curso prolongado de tratamiento, con su costo adicional, se evitaría con el diagnóstico temprano de la enfermedad (9).

Los países con mayor problema son India y Brasil, este último y Paraguay son los únicos países de Latinoamérica que no alcanzaron el indicador de eliminación de la lepra como problema nacional de Salud Pública (prevalencia menor de 1 caso por cada 10 000 habitantes en el 2 000 (12).

En la lepra es necesaria una buena formación dermatológica para poder realizar un diagnóstico temprano, que permita instaurar un tratamiento rápido evitando las secuelas y el riesgo de contagio. () Por tales razones el objetivo del trabajo es conocer la incidencia por años de la infección por el *Mycobacterium leprae* en Ciudad Habana en el período comprendido 2003-2005, determinar la distribución de los casos nuevos reportados según grupo étnico, sexo y raza, determinar el tiempo entre aparición de lesiones y diagnóstico, identificar los municipios con

mayor incidencia de pacientes enfermos de Lepra y determinar la clasificación de acuerdo a su forma clínica e histopatología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre el comportamiento de los pacientes diagnosticados de Lepra del 2003 al 2005 en Ciudad Habana.

Se tomó como universo la totalidad de casos de Lepra, notificados en el Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud Pública. La muestra coincidió con el total correspondiente a 48 pacientes.

Se revisaron las Encuestas Epidemiológicas de los pacientes notificados de Lepra en el Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud de Ciudad Habana del 2003 al 2005.

Se elaboró una base de datos con el paquete Excel para el procesamiento automatizado de la información. Los resultados se expusieron en tablas y gráfico.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla No. 1 - Distribución por Grupos Etáreos y Años de los Casos de Lepra. Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	1	6,7	1	5,6	1	6,7	3	6,3
25-34	3	20,0	7	38,9	3	20,0	13	27,1
35-44	2	13,3	2	11,1	3	20,0	7	14,6
45-54	2	13,3	3	16,7	5	33,3	10	20,8
55-64	5	33,3	3	16,7	-	-	8	16,7
65 y más	2	13,3	2	11,1	3	20,0	7	14,6
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento de Estadística Provincial Salud Pública

En nuestro estudio el grupo etáreo más afectado fue el de 25-34 años con un 27,1%, siguiendo en orden de frecuencia el de 45-54 años (20,8%), y el grupo menos afectado fue el de 15-24 años (6,3%).

Es de destacar que en el año 2003 predominó la edad ente 55-64 años en 5 pacientes para un 33,3%. En el año 2004 se destacó la edad entre 25-34 años en 7 pacientes para un 38,9%. Y en el año 2005 la edad más afectada fue entre 45-54 años en 5 pacientes para un 33,3%.

Tabla No. 2 - Distribución por Sexo y Años de los Casos de Lepra. Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
Sexo	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	8	53,3	5	27,8	6	40,0	19	39,6
Masculino	7	46,7	13	72,2	9	60,0	29	60,4
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento Estadísticas Provincial Salud Publica.

En cuanto al sexo en nuestro estudio predominó el sexo masculino en 29 pacientes para un 60,4 %. En los años 2004 y 2005 se destacó el sexo masculino en 13 pacientes para un 72,2% y en 9 pacientes .para un 60,0 %, respectivamente.

Tabla No. 3 - Distribución por Raza y Años de los Casos de Lepra. Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
Raza	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Blanca	7	46,7	8	44,4	8	53,3	23	47,9
Negra	4	26,7	7	38,9	4	26,7	15	31,3
Mestiza	4	26,7	3	16,7	3	20,0	10	20,8
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento Estadísticas Provincial Salud Pública.

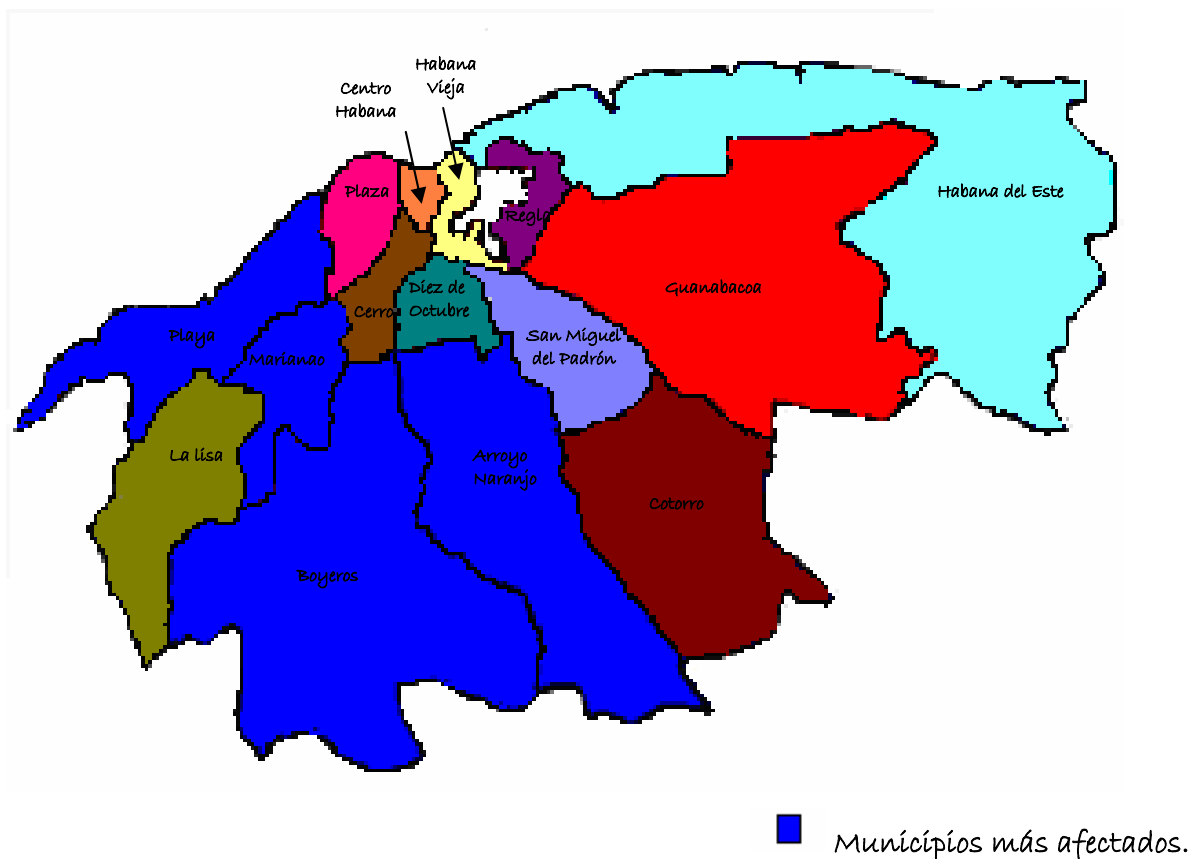
En esta tabla se señala la raza blanca como la más afectada en 23 pacientes para un 47,9 % y además por años.

Tabla No. 4 - Distribución por Municipio y Años de los Casos de Lepra.
Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10 de Octubre	1	6,7	-	-	1	6,7	2	4,2
Arroyo Naranjo	1	6,7	2	11,1	4	26,7	7	14,6
Boyeros	3	20,0	1	5,6	1	6,7	5	10,4
Centro Habana	2	13,3	-	-	1	6,7	3	6,3
Habana Vieja	-	-	-	-	-	-	-	0
Cerro	1	6,7	-	-	3	19,9	4	8,3
Cotorro	-	-	-	-	1	6,7	1	2,1
Guanabacoa	1	6,7	1	5,6	-	-	2	4,2
Habana del Este	-	-	2	11,1	2	13,3	4	8,3
La Lisa	2	13,3	-	-	-	-	2	4,2
Marianao	1	6,7	5	27,8	-	-	6	12,5
Playa	1	6,7	2	11,1	2	13,3	5	10,4
Plaza	1	6,7	1	5,6	-	-	2	4,2
Regla	-	-	3	16,7	-	-	3	6,3
San Miguel del Padrón	1	6,7	1	5,6	-	-	2	4,2
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento Estadísticas Provincial Salud Pública.

Gráfico No. 4 – Distribución por Municipios de los Casos de Lepra.



Epidemiológicamente es importante saber donde están concentrados la mayor parte de los casos. Esta tabla nos muestra que los municipios más afectados de Ciudad Habana fueron Arroyo Naranjo con 7 pacientes para un 14,6 % y Mariano con 6 pacientes para un 12,5 %, siguiendo en orden de frecuencia Boyeros y Plaza con 5 casos (10,4%).

Es de destacar que en el año 2003 el municipio más afectado fue Boyeros con 3 pacientes para un 20 %. En el año 2004 se destacó Mariano con 5 pacientes para un 27,8 % y en el año 2005 sobresalió Arroyo Naranjo con 4 pacientes para un 26,7 %. Estos dos municipios son los que se corresponden con el trienio estudiado.

Tabla No. 5 - Distribución según Tiempo entre Aparición de Lesiones y Diagnósticos de los Casos de Lepra. Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 12 meses	6	40,0	10	55,6	5	33,3	21	43,8
De 1 - 3 años	4	26,7	4	22,2	7	46,7	15	31,3
De 4 - 5 años	1	6,7	2	11,1	1	6,7	4	8,3
6 y más	4	26,7	2	11,1	2	13,3	8	16,7
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento Estadísticas Provincial Salud Pública.

El tiempo transcurrido entre aparición de lesiones y el diagnóstico de la enfermedad fue menor de 12 meses en 21 pacientes para un 43,8 %. Más de la mitad de los casos se diagnosticaron después del año, es llamativo el hecho que el 16,7% de los casos se diagnosticaron después de transcurridos 6 años.

Tabla No. 7 - Distribución según Forma Clínica de los Casos de Lepra. Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lepra Lepromatosa	-	-	14	77,8	8	53,3	22	45,8
Lepra Dimorfa	6	40,0	2	11,1	4	26,7	12	25,0
Lepra Indeterminada	3	20,0	2	11,1	3	20,0	8	16,7
Lepra Tuberculoide	6	40,0	-	-	-	-	6	12,5
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento Estadísticas Provincial Salud Pública.

En todo estudio clínico es meritorio identificar las formas clínicas porque cada una de ellas tiene sus características propias con respecto al diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico. La forma clínica que predominó en nuestro estudio fue la Lepra Lepromatosa con 22 pacientes para un 45,8 % a pesar que en el año 2003

no se diagnosticó ningún caso siguiendo en orden de frecuencia la lepra dimorfa con 12 pacientes (25%). Se destaca que los 6 casos de lepra tuberculoide ocurrieron en el año 2003.

Tabla No. 8 - Distribución según por Histopatología de los Casos de Lepra. Provincia Ciudad Habana. 2003-2005.

Años	2003		2004		2005		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lepra Lepromatosa	-	-	14	77,8	7	46,7	21	43,8
Lepra Dimorfa	6	40,0	2	11,1	4	26,7	12	25,0
Lepra Indeterminada	3	20,0	2	11,1	4	26,7	9	18,8
Lepra Tuberculoide	6	40,0	-	-	-	-	6	12,5
TOTAL	15	100	18	100	15	100	48	100

Fuente: Departamento Estadísticas Provincial Salud Pública.

En cuanto a la Histopatología solo hubo 1 caso de no correlación clínico-patológica, o sea, un caso diagnosticado como lepra lepromatosa resultó ser una lepra indeterminada.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La Lepra constituye una enfermedad transmisible de declaración obligatoria en Cuba y su transmisión ha disminuido. El Programa de Control de la Lepra se propone la disminución de la prevalencia e incidencia, así como la prevención del desarrollo de incapacidades mediante el diagnóstico precoz, la curación y la detención de la cadena de transmisión (5).

Al analizar los grupos de edades de los casos diagnosticados de Lepra por años vemos que difieren su incidencia y al analizarlo de forma general vemos que más de la cuarta parte se diagnosticó entre 25 y 34 años. Como se dice, la Lepra puede presentarse en cualquier época de la vida, esto coincide con la Literatura

revisada (42). Los índices de incidencia se encuentran entre 10 y 20 años, aunque puede aparecer a cualquier edad (8, 24, 43). En la década de los noventa se ha detectado entre 35 a 50 casos de lepra infantil por años (menores de 15 años) que representa entre el 6 y 10 % de los casos (8, 39, 40).

En nuestro estudio más de las terceras quintas partes de los enfermos se presentaron en el sexo masculino, que está en correspondencia con el resto de los autores citados (24, 42, 43). Según diversos autores la incidencia y prevalencia en relación al sexo suelen ser más altas entre los hombres en todo el mundo; excepto en África donde los índices registrados son más elevados en mujeres (24, 43). Como vemos en nuestro estudio en cuanto a la raza, no coincide con el resto de los autores. Van Beer y otros colaboradores describen que la lepra puede aparecer en todas las razas. Hasta donde he podido revisar no he encontrado algún estudio para comparar mis resultados (42, 43).

Los municipios Arroyo Naranjo y Marianao fueron los que más aportaron casos a esta enfermedad, seguido de Playa y Boyeros, observándose que por su situación geográfica tienen fronteras entre ellos, aunque las diferencias entre los municipios no son tan significativas.

El hecho de que más de la mitad de los casos se le haya realizado el diagnóstico después del año hace pensar en el mejor de los casos que a nivel primario de salud no se está realizando de una manera satisfactoria el diagnóstico temprano de la enfermedad a pesar de que antes se le realizaba la prueba de Mitsuda y ahora no por la no existencia de la misma a todos los convivientes de primer y segundo orden, y lo más probable es que no piensa ni tiene presente esta enfermedad ya que hay muchas otras que tienen prioridad. Consideramos que lo ideal es realizar el diagnóstico temprano ante cualquier paciente que presente síntomas de la enfermedad o sean convivientes de pacientes con esta enfermedad.

A pesar de que se realiza una historia clínica donde se recojan los antecedentes familiares y de convivencia con algún enfermo conocido; es muy importante en el examen físico dermatológico hacer énfasis en las lesiones maculosas, así como la exploración de la sensibilidad (térmica, táctil y dolorosa) en las áreas afectadas.

Deben explorarse sistemáticamente los nervios periféricos sobre todo el cubital, el auricular mayor, el ciático poplíteo externo, el radial y el tibial posterior (32, 33, 34).

En cuanto a la forma clínica encontramos un predominio de la lepra lepromatosa que está en correspondencia con otros estudios realizados al efecto (42, 43, 44).

La incidencia de lepra entre los convivientes con un enfermo de lepra lepromatosa no tratado es 5 a 10 veces mayor (43, 45), se sabe que esta forma clínica es la más bacilífera y mayor es el riesgo de contagio. En Cuba existe una tendencia a la disminución de los casos multibacilares en los últimos años (46, 47, 48).

Se refleja que hubo correlación clínico patológica en la mayor parte de los casos estudiados, que se corresponde con otros estudios realizados al respecto (49). Es un elemento importante para la clasificación del paciente realizar la biopsia a los que se sospechen que sean portadores de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- ✓ Predominó el grupo etáreo de 25 a 34 años, el sexo masculino y la raza blanca.
- ✓ Los municipios de mayor afectación fueron Arroyo Naranjo y Marianao.
- ✓ Casi en la mitad de los casos el tiempo entre aparición de lesiones y diagnóstico de enfermedad fue menor de 12 meses.
- ✓ La Lepra Lepromatosa fue la forma clínica más frecuente encontrada en nuestro estudio.
- ✓ Se corroboró con la histopatología la mayor parte de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization Elimination of Leprosy. Status Report. Geneva Switzerland: WHO; 1999.
2. World Health Organization. Leprosy elimination Campaigns. Weekly Epidemiol. Rec 1999; 74: 329 -36.
3. World Health Organization. A Global alliance for leprosy elimination. Strategic plan; 2000 – 2005. Geneva Switzerland: Who; 1999.
4. Abreu A. Lepra Publicación digital en Infomed 2004.
5. Ministerio de salud. Guía de Atención de la Lepra. En: Ministerio de Salud. Normas Técnicas y guías de atención. 1ª ed. Bogotá: Trazos; 2000. p. 1-43.
6. Editorial. Leprosy beyond the year 2000. Lancet 1997; 350: 1717.
7. Rodríguez G, Garcés MT, Ordoñez N, Fadul S, Pinto R, Rodríguez G. Lepra familiar. Biomed 2001; 21: 248-55.
8. Dayal R, Bhardwaj UP. Prevention and early detection of leprosy in children. J Trop. Pediatric 1995; 41: 132-8.
9. OMS/OPS. Orientaciones para el tratamiento simplificado de la lepra. LEP. L 4 370 / 1. Third meeting of the leprosy elimination advisory group (LEAG) Geneva. Switzerland: WHO; 1997.
10. Fox J. More than drugs needed to eradicate leprosy. ASM news 2001; 67: 147 -53.

11. World Health Organization. Global leprosy situation. Weekly Epidemiol Rec 1999; 74: 313.
12. World Health Organization. Elimination of leprosy. Status report. Geneva: WHO; 1999.
13. Andrews. Tratado de Dermatología. Vol I. Ciudad de la Habana: Científico – Técnica; 1983.p. 434 - 453.
14. Nasemann Saverbrey Calap. Enfermedades Cutáneas e Infecciones Venéreas. 3ª ed. Ciudad de la Habana: Científico – Técnica; 1987.p. 108 - 115.
15. Fernández–Hernández Baquero, Guillermo. Dermatología. Ciudad de la Habana: Científico – Técnica; 1986.p. 264 - 293.
16. Pardo Castelló, Vicente. Nociones Dermatología y Sifilografía. 1ª ed; 1927.p. 430 – 444.
17. Díaz Almeida, José G. Lepra. En: Julián Manzur. Dermatología. Ciudad Habana: Ciencias Médicas; 2002.p. 200 – 222.
18. Glorio Roberto. La Lepra y sus orígenes. Arch. Argent. Dermatol. 2001; 51:183-189.
19. Rozennurcel H.: La lepra a través de los siglos. Semana Med. 1972; 140:8.
20. Soto de Mazzei. M. En el centenario del descubrimiento del bacilo de Hansen: La Lepra en la Biblia, en la Medicina y en el Arte. An. Acad. Nac.Cienc. 1973; 7: 243.

21. Papp. D., Agüero A.: Breve historia de la Medicina. Buenos Aires: Claridad; 1995.
22. Miller Richard A. Lepra. En: Harrison. Principios de Medicina Interna vol I. 13ª ed. Madrid: Interamericana; 1994.p. 836-841.
23. Jawetz Ernest . Manual de Microbiología Médica. 4ª ed. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación; 1968.p. 224-225.
24. Kaplan Guilla. Lepra: (Enf. de Hansen). En: Cécil Tratado de Medicina Interna vol 2. 21ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2002.p. 1913-1918.
25. Sanz Colomo B. Lepra. En: Farreras. Rozman. Medicina Interna. Vol 2. 14ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.p. 2660- 2664.
26. Vissa, V. D. and Brennan, P. J. In Genomics of GC-Rich Gram-Positive Bacteria. (ed. A. Danchin) 84–118 (Caister Academic Press,UK,2002).
27. Bleharski, J. R. et al. Science 2003; 301: 1527–1530.
28. Terencio de las Aguas J. Centenario de los Congresos Internacionales de Lepra. Rev. de Leprología Fontilles. 1997; 21 (2).
29. Estrada Prra S et al. Algunos aspectos de la bacteriología del mycobacterium leprae. Rev. Cubana Med Trop 1993; 45(1): 8-15.
30. Mira, M. T. et al. Nature Genet. 2003;33: 412–415.
31. Santos, A. R. et al. J. Infect. Dis. 2002;186: 1687–1691.

32. Cocuroccia B, Gubinelli E, Gisondi P, Girolomoni G. Lepra lepromatosa. *Dermatología Clínica*. 2003; 23: 137-139.
33. Nunzi Fiallo E. La lebbra. In Giannetti A. *Trattato di Dermatologia*. Padova: Piccin; 2001.p. 1-43.
34. Nunzi E, Cardo P.P. L' Odisea Della lebbra. In *Arte del 40 Congresso Nazionale A.D.O.I., Aghero*; 2002.p.22-28.
35. Weidmann María del Valle, Argento Claudio M, Garramuño Roberto, Frenkel. Valeria, Orduña Marcela. Lepra histioide de Wade. *Ach. Argent. Dermatol.* 2001; 51 (5): 235-237.
36. Latapí F, Chavez-Zamora A. La lepra manchada de Lucio. *Dermatología. Rev. Mexicana* 1978; 22: 102- 107.
37. Saoji V, Salodkar A. Lucio Leprosy with Lucio Phenomenon. *Indian J. Lepr.* 2001; 73: 267-272.
38. Vereá María Alejandra, Lovari Juan F, Veltri Fabian G, Medina María C, Barrios Silvia R. Lepra de Lucio. *Archivos de Argentinos de Dermatología* 2004; 54 (3): 113-117.
39. Flórez A, Feal C., García I, Abalde MT. Enfermedad de Hansen. *Rev. Medicina Clínica* 2002; 118(18): 718-719.
40. Rodríguez G, Orozco LC. *Lepra*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1996.
41. Devey TF, Rees RJW. The nasal discharge in leprosy; clinical and bacteriological aspects. *Lepr. Rev.* 1974; 45: 121-34.

42. Abreu A. Lepra. Rev Cubana Medicina Gen Tropical 2006; 44(2): 65- 9.
43. Van Beers S.M, Hatta M, Klatser P.R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. Int. J. leprosy. Other mycobact Dis 1999; 67: 119-28.
44. Bobin P. Pent on envisager l'élimination de la lépre dans le mande? Ann Dermatol Venereol 2001; 128: 205-6.
45. Lockwood DNJ. Reid AJC. The diagnosis of leprosy is delayed in the United Kingdom. Q.J. Med. 2001; 94: 207-12.
46. Chihana A. Neuropathic Pain in Leprosy Patients. Int. J. of leprosy 2004; 72 (2).
47. Ginebra Marzo 6 del 2007. Reuter
48. <http://bussld.cu.revis.mtn> vol 58 306 del 2003.
49. Franco J, Blanquer R, Flores J, Fernández E, Plaza P. Lepra. JM 2004;107 :456-7.
50. Recent Advances in the treatment of Leprosy. Dermatol Online J. 2003;9(2)

ANEXO

MODELO 18-129 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTADÍSTICA				ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DEL ENFERMO DE LEPRO					
NÚMERO DE IDENTIDAD		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	EDAD		
DIRECCIÓN CALLE			NÚMERO		ENTRE CALLES				
BARRIO, REPARTO O PUEBLO				MUNICIPIO		PROVINCIA	CÓDIGO		
SEXO		COLOR DE LA PIEL		ÁREA DE SALUD QUE LO CONTROLA	CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA	CÓDIGO			
MASC. <input type="checkbox"/>		BLANCA <input type="checkbox"/>							
FEM. <input type="checkbox"/>		MESTIZA <input type="checkbox"/>							
		NEGRA <input type="checkbox"/>							
		AMARILLA <input type="checkbox"/>							
CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN		MUNICIPIO		PROVINCIA			
FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS				LUGARES DENDE HA RESIDIDO O PERMANECIDO DE FORMA ESTABLE POR MÁS DE 3 MESES					
FECHA DE DIAGNÓSTICO				AÑO PROVINCIA MUNICIPIO LOCALIDAD					
TIEMPO ENTRE PRIMEROS SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO									
NÚMERO DE VECES QUE CONCURRIÓ AL MÉDICO DESDE EL INICIO									
CANTIDAD									
LOCALIZACIÓN DE RESIDEN		PROVINCIA DE NACIMIENTO		COD.		OCUPACIÓN			
CIUDAD DE + 100 000 HBTES <input type="checkbox"/>						PROFESIONAL <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 50 000 A 99 999 <input type="checkbox"/>						TÉCNICO <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 20 000 A 49 999 <input type="checkbox"/>		GRADO DE ESCOLARIDAD				ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 10 000 A 19 999 <input type="checkbox"/>		PRIMARIA <input type="checkbox"/>				TRAB. AGROPEC. <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 5 000 A 9 999 <input type="checkbox"/>		SECUNDARIA <input type="checkbox"/>				OBREIRO INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 2 000 A 4 999 <input type="checkbox"/>		PRE - UNIV. <input type="checkbox"/>				SERVICIOS <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 1 000 A 1 999 <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>				MAMP. ALIMENTOS <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE 500 A 999 <input type="checkbox"/>		ANALFABETO <input type="checkbox"/>				OTROS <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE MENOS DE 500 <input type="checkbox"/>						¿CUAL? _____			
						CONDICIÓN DE LA VIVIENDA			
						BUENA <input type="checkbox"/>			
						REGULAR <input type="checkbox"/>			
						MALA <input type="checkbox"/>			
						NO TRABAJA <input type="checkbox"/>			
INGRESOS DEL NÚCLEO FAMILIAR		NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA		NÚMERO DE DORMITORIOS		CONTACTOS INTRADOMICILIARIOS			
50 - 100 <input type="checkbox"/>		UNO <input type="checkbox"/>		UNO <input type="checkbox"/>		PRIMER ORD. SEGUNDO ORDEN			
101 - 200 <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>		NÚM. _____ NÚM. _____			
201 - 300 <input type="checkbox"/>		TRES <input type="checkbox"/>		TRES <input type="checkbox"/>		CONTACTOS EXTRADOMICILIARIOS			
301 - 400 <input type="checkbox"/>		CUATRO <input type="checkbox"/>		CUATRO <input type="checkbox"/>		EXTRADOM. <input type="checkbox"/>			
401 - 500 <input type="checkbox"/>		CINCO <input type="checkbox"/>		CINCO Y MAS <input type="checkbox"/>		POBLAC. RIESGO <input type="checkbox"/>			
501 - 600 <input type="checkbox"/>		SEIS <input type="checkbox"/>				IGNORADO <input type="checkbox"/>			
601 - 700 <input type="checkbox"/>		SIETE <input type="checkbox"/>							
701 - 800 <input type="checkbox"/>		OCHO <input type="checkbox"/>							
MAS 800 <input type="checkbox"/>		NUEVE O MAS <input type="checkbox"/>							
TIEMPO DE RELACIÓN CON FUENTE DE INFECCIÓN		SITUACIÓN DEL ENFERMO EN RELACIÓN AL FOCO				FORMA CLÍNICA		CLASIFICAC. CLÍNICA	
- 1 AÑO <input type="checkbox"/>		CASO ÍNDICE <input type="checkbox"/>				LL <input type="checkbox"/>		(No. Lesiones Cutáneas)	
1 AÑO <input type="checkbox"/>		CASO SECUNDARIO ÚNICO <input type="checkbox"/>				LD <input type="checkbox"/>		MB <input type="checkbox"/>	
2 AÑOS <input type="checkbox"/>		CASO SECUNDARIO CON 3 ENFERMOS EN EL FOCO <input type="checkbox"/>				LI <input type="checkbox"/>		PB <input type="checkbox"/>	
3 AÑOS <input type="checkbox"/>		CASO SECUNDARIO CON 4 ENFERMOS EN EL FOCO <input type="checkbox"/>				LT <input type="checkbox"/>		PBLU <input type="checkbox"/>	
4 AÑOS <input type="checkbox"/>		CASO SECUNDARIO CON 5 ENFERMOS EN EL FOCO <input type="checkbox"/>							
5 AÑOS <input type="checkbox"/>		CASO SECUNDARIO CON MAS DE 5 ENFERMOS EN EL FOCO <input type="checkbox"/>							
6 AÑOS <input type="checkbox"/>									
7 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/>									
IGNORADO <input type="checkbox"/>									
BACILOSCOPIA INDICE BACTERIOLÓGICO		ÍNDICE MORFOLÓGICO		PRIMEROS SÍNTOMAS		LOCALIZACIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS			
1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>		MANCHAS ANESTÉSICAS <input type="checkbox"/>		CARA <input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/>		1-2 <input type="checkbox"/>		NÓDULOS CUTÁNEOS <input type="checkbox"/>		BRAZOS <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>		3-5 <input type="checkbox"/>		INFILTRACIÓN DIFUSA <input type="checkbox"/>		ESPALDA <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>		6-10 <input type="checkbox"/>		NEURITIS PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>		TORAX ANTERIOR <input type="checkbox"/>			
5 <input type="checkbox"/>		11-20 <input type="checkbox"/>		EPISTAXIS <input type="checkbox"/>		REGIÓN GLÚTEA <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>		21-30 <input type="checkbox"/>		RINITIS <input type="checkbox"/>		REGIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/>			
0 <input type="checkbox"/>		31-40 <input type="checkbox"/>		SINTOMAS GENERALES <input type="checkbox"/>		MUSLOS, PIERNAS Y PIES <input type="checkbox"/>			
IGNORADO <input type="checkbox"/>		41-50 <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>		REGIÓN LUMBAR <input type="checkbox"/>			
		MAS DE 50 <input type="checkbox"/>		¿CUAL? _____					
		NO RECUERDA <input type="checkbox"/>							
HISTOPATOLOGÍA		MODO DE DETECCIÓN				GRADO DE INCAPACIDAD			
LEPROMATOSA <input type="checkbox"/>		ESPONTÁNEOS <input type="checkbox"/>				GRADO I <input type="checkbox"/>			
DIMORFA <input type="checkbox"/>		ENCUESTA EN POBLACIÓN DE RIESGO <input type="checkbox"/>				GRADO II <input type="checkbox"/>			
INDETERMINADA <input type="checkbox"/>		ESTUDIOS DE CONTACTO <input type="checkbox"/>				NO INCAPACITADO <input type="checkbox"/>			
TUBERCULOIDE <input type="checkbox"/>									
CONFECCIONADO POR		FIRMA		REVISADO POR		FIRMA		FECHA	

