

# HACE FALTA IMPULSAR LA QUIMIOTERAPIA DE LA LEPRA EN LAS AMÉRICAS<sup>1</sup>

En mayo de 1987, la 40ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA 40.35) en la que se instaba a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a intensificar la lucha contra la lepra. Los asuntos relacionados con esta enfermedad que se acordaron en dicha Asamblea se basaron en las recomendaciones para el tratamiento multimedicamentoso de la infección formuladas en 1981 por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra. A la fecha se han logrado resultados muy positivos con el tratamiento poliquimioterápico, pero la cobertura sigue siendo irregular en muchos países, entre los que se cuentan varios de la Región de las Américas.

En el Taller sobre Quimioterapia de la Lepra en las Américas que organizó la Organización Panamericana de la Salud en Brasilia del 7 al 11 de noviembre de 1988, se analizaron entre otros temas la situación de la enfermedad en la Región, las pautas y la aceptación del tratamiento poliquimioterápico y los planes para impulsarlo.

## Un esquema terapéutico verdaderamente eficaz

Durante los últimos 20 años, el número de enfermos de lepra ha ascendido considerablemente en todo el mundo. Se estima que la cifra mundial de casos alcanza los 5 millones, un tercio de los cuales padecen discapacidades. Sin embargo, los informes de 1987 y 1988 indican que por primera vez se ha producido una reducción del número de casos registrados. Los expertos opinan que esa disminución se debe probablemente a la administración de los tratamientos multimedicamentosos recomendados por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra.

Para tratar eficazmente la infección, la OMS recomienda utilizar el tratamiento multimedicamentoso por su comprobada eficacia en más de dos millones de personas en todo el mundo, porque es el único que cura la enfermedad y reduce su transmisión y, además, porque el porcentaje de recidivas anuales es inferior a 1%. Por otro lado, este tratamiento, que también previene la aparición de cepas de *Mycobacterium leprae* resistentes, disminuye la prevalencia de la infección y, por ende, la demanda de recursos de salud necesarios para mantener un nivel de vigilancia adecuado.

Actualmente, hay pruebas suficientes para afirmar que existen cepas de *M. leprae* en todo el mundo que han desarrollado resistencia secundaria a la dapsona. En algunas zonas, esta resistencia afecta hasta a 40% de los pacientes que nunca han sido tratados y que padecen infecciones multibacilares. La mayor parte de los casos de resistencia secundaria a la dapsona aparecen con concentraciones altas o intermedias del medicamento. En el último decenio, se han detectado cepas de *M. leprae* que muestran resistencia primaria a dicho fármaco hasta en 70% de los casos multibacilares que nunca han sido tratados. Estas cepas se hacen resistentes con concentraciones intermedias o bajas de dapsona.

<sup>1</sup> Basado en el informe final del Taller sobre Quimioterapia de la Lepra en las Américas, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y celebrado en Brasilia, Brasil, del 7 al 11 de noviembre de 1988.

Se ha demostrado también la existencia de cepas de *M. leprae* que presentan resistencia secundaria a la rifampicina (administrada a pacientes multibacilares) y a las tioamidas (etionamida y protionamida), cuando estos medicamentos se administran en regímenes monoterápicos. Las cepas resistentes a las tioamidas pueden además adquirir resistencia cruzada a la protionamida, tioacetazona y tiambutosina. No obstante, todavía no se han detectado cepas resistentes a la clofacimina.

La pauta recomendada por la OMS (Serie de Informes Técnicos No. 675, 1982) para tratar la lepra paucibacilar es la siguiente: rifampicina (600 mg para los pacientes cuyo peso excede los 35 kg, y 450 mg para los de menor peso) una vez al mes durante seis meses, y dapsona (1-2 mg/kg de peso) una vez al día y también durante seis meses. El régimen recomendado para la lepra multibacilar es rifampicina (600 mg una vez al mes) más dapsona (100 mg al día) y clofacimina (300 mg una vez al mes y 50 mg al día). El tratamiento debe prolongarse como mínimo durante dos años y, siempre que sea posible, hasta obtener frotis negativos.

En algunos países donde se ha utilizado este tipo de tratamiento se han observado reducciones de la prevalencia de hasta 80% a los cinco años de su inicio y reducciones más moderadas de la incidencia.

La principal dificultad que surge cuando se evalúa la difusión de la enfermedad y se calcula su prevalencia es la falta de acuerdo sobre los criterios diagnósticos universales que se deben utilizar y la decisión del momento en el que se debe incluir a un paciente en los registros activos. En el sexto informe del Comité de Expertos de la OMS en Lepra (Serie de Informes Técnicos No. 768, 1988) figuran las recomendaciones específicas para definir un caso y para calcular la prevalencia.

## Aceptación del tratamiento multimedicamentoso

Casi todos los Estados Miembros de la OMS han aceptado los regímenes multimedicamentosos recomendados por la Organización. En 1988, 1 600 000 enfermos se encontraban bajo tratamiento poliquimioterápico y más de 600 000 ya habían sido tratados. Mientras que en 1985 solo 1,5% de los casos notificados estaban recibiendo dicho tratamiento, en 1988 el porcentaje había ascendido a 31,9%. Entre los motivos de dicha aceptación sobresalen los siguientes:

Por primera vez, los enfermos de lepra son tratados durante un tiempo fijo y relativamente corto en comparación con la duración del tratamiento monoterápico con dapsona.

El porcentaje de efectos tóxicos y secundarios de la quimioterapia combinada es bajo, y en ningún momento ha superado al de la monoterapia con dapsona.

La baja tasa de recidivas que aparecen al finalizar el tratamiento: 0,12 por caso por 100 años-enfermo de observación en una población de más de 18 000 casos paucibacilares observados durante períodos de 12 a 32 meses, y 0,02 por 100 años-enfermo de observación en una población superior a 9 000 casos multibacilares observados durante períodos de 12 a 40 meses.

- El alto grado de aceptación de la clofacimina, a pesar de que produce pigmentación de la piel y de las lesiones cutáneas.
- Reducción significativa de la frecuencia y gravedad de los episodios de eritema nudoso leproso.

## La poliquimioterapia de la lepra en las Américas

La mayor parte (90%) de los casos de lepra de la Región se encuentran en la Argentina, el Brasil, Cuba, México, el Paraguay, Perú, la República Dominicana y Venezuela. Si bien se ha conseguido avanzar en la lucha contra esta infección, es preciso mejorar la información de que se dispone sobre la magnitud del problema. Para ello, es necesario conocer con exactitud su incidencia y prevalencia, las tasas de detección de casos, su distribución por grupos de edad y el porcentaje de enfermos discapacitados. La prevalencia debe considerarse como un indicador operativo útil en la planificación de los recursos necesarios para controlar su difusión. Se ha observado además que los indicadores generales de salud, la situación epidemiológica de la enfermedad, las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad por enfermedades transmisibles, así como los porcentajes de personas alfabetizadas y de las familias que disponen de servicios básicos y viviendas con agua corriente, se relacionan directamente con las tasas de morbilidad por lepra.

Frente a esta situación, el empleo de regímenes multimedicamentosos está promoviendo la reorganización de las acciones de control de la enfermedad. Entre las estrategias que se están aplicando en la Región para mejorar la cobertura del tratamiento destacan las siguientes: descentralización de la gestión de los programas de control en los focos y establecimiento de planes de acción para acelerar la implantación del tratamiento poliquimioterápico en dichas zonas; incorporación y coordinación de las actividades de control de la enfermedad al sistema nacional de servicios de salud en aquellos países donde exista un programa de control vertical; redefinición de las funciones de los médicos especialistas; evaluación periódica de los programas; fomento de convenios entre gobiernos y organizaciones internacionales no gubernamentales con objeto de ampliar los recursos financieros necesarios para implantar el tratamiento poliquimioterápico; definición de las funciones del personal paramédico y auxiliar e incorporación del mismo en las tareas operativas de los programas de control; intensificación de la supervisión de los programas, y fortalecimiento de los convenios institucionales que ofrezcan apoyo logístico a dichos programas.

En varios países de la Región se están obteniendo los primeros resultados positivos de la lucha contra la lepra. La prevalencia de infección y la incidencia de casos graves han disminuido y cada vez es mayor el porcentaje de enfermos de lepra que reciben el tratamiento adecuado. Por otra parte, la poliquimioterapia se ha introducido en casi todos los países; en algunos se ha considerado conveniente implantarla gradualmente por motivos de tipo operativo. Hasta el momento no se han alcanzado las cifras de cobertura deseadas, con excepción de la República Dominicana, donde ya llegó a 100%. En el Ecuador, la cobertura lograda es de 90%, en el Paraguay, 46%, en la Argentina y Venezuela, 30% y en los países del Caribe de habla inglesa pasa de 80%.

Sin embargo, la cobertura global en la Región no ha superado todavía 10%. Una de las causas principales de esta situación es que en el Brasil, país

que cuenta con la cifra más elevada de casos en la Región (80%), la cobertura todavía es inferior a 4%. Otras causas aducidas son las siguientes:

- Organización insuficiente de los servicios de salud para aplicar la poliquimioterapia.
- Transformación de los programas verticales en programas horizontales sin llevar a cabo las previsiones adecuadas.
- Capacitación inadecuada del personal, que además es insuficiente.
- Poca confianza de los pacientes en los esquemas recomendados por los médicos.
- Cooperación insuficiente de los médicos en la aplicación de los programas de control.
- Ausencia de un compromiso del personal de salud para afrontar las dificultades que acarrea la aplicación correcta de la poliquimioterapia.
- Falta de coordinación entre los organismos responsables de la gestión de los servicios de salud.

## **Recomendaciones y necesidades de los programas de control**

Para que los programas de control de la lepra alcancen sus objetivos es esencial que gocen de la preferencia de los gobiernos de la Región. Asimismo, es necesario que las autoridades de salud analicen la situación epidemiológica nacional y regional de la enfermedad y utilicen criterios epidemiológicos adecuados para seleccionar las zonas donde es más urgente la aplicación de los programas de control. Por otra parte, se ha subrayado la importancia de disponer de guías técnicas y administrativas suficientemente flexibles y de manuales que describan pautas para la creación de sistemas de información y notificación de casos.

Es preciso que las actividades relacionadas con la implantación de la poliquimioterapia se integren en un sistema descentralizado, regionalizado y jerarquizado, y que se supervisen periódicamente. Las personas encargadas de la administración de los programas de control de la lepra deben emplear al máximo la red general de servicios de salud, teniendo en cuenta las necesidades y el alcance del programa. Es conveniente asimismo que dichos programas se integren en todos los niveles de atención de los sistemas de salud.

El logro de un alto grado de participación social en los programas de control constituye otra de las necesidades básicas. Para alcanzar esta meta, será preciso que la comunidad tome conciencia del problema, que el grado de capacitación del personal de salud sea elevado, que la enseñanza de la lepra se introduzca en los programas de estudio de las ciencias de la salud y que se lleven a cabo reuniones periódicas para evaluar los progresos alcanzados. Asimismo, es imprescindible contar con la colaboración de los organismos no gubernamentales nacionales e internacionales para capacitar adecuadamente al personal y divulgar la información relacionada con los nuevos esquemas de tratamiento poliquimioterápico y la eficacia terapéutica de los nuevos medicamentos.

## **Plan para impulsar la aplicación de la poliquimioterapia**

Para vencer las dificultades que aún retrasan el proceso de implantación de los esquemas de tratamiento multimedicamentoso se han recomendado numerosas medidas. No obstante, el éxito de su aplicación dependerá

básicamente de que los gobiernos de los países reconozcan que la poliquimioterapia es el mejor tratamiento para el control de la lepra y garanticen además la provisión de los recursos necesarios para su implantación.

Si bien el tiempo necesario para conseguir que todos los enfermos de lepra reciban el tratamiento adecuado variará en función de la situación epidemiológica de la enfermedad en cada país, es aconsejable que este período no supere los cinco años.

Por otro lado, es necesario que los países que todavía no han comenzado a aplicar el tratamiento multimedicamentoso procuren elaborar normas para ensayar los mecanismos operativos establecidos y capacitar al personal profesional y auxiliar. Asimismo, se debe crear una infraestructura que agilice el diagnóstico bacteriológico y que tenga en cuenta al mismo tiempo los recursos disponibles, las posibilidades de toma y envío de las muestras y la capacidad y disposición a participar de los laboratorios. Por último, se recomienda que el desarrollo de los programas de control de la enfermedad se realice a través de sistemas de centralización normativa y descentralización ejecutiva suficientemente flexibles para adaptar esos programas a las circunstancias locales y regionales específicas.

Para analizar la eficacia de los programas de lucha antileprosa, se recomienda que los países adopten el Sistema de Registro e Información OMSLEP. Este método utiliza datos de las historias clínicas y de los registros individuales, puede adaptarse a los sistemas de información de los diferentes países y funciona con los métodos de recuperación de información tradicionales o con microcomputadoras. □

## Solicitud de referencias

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está preparando una publicación que incluirá las investigaciones más importantes sobre servicios de salud que se hayan realizado en cualquier parte del mundo. Se solicita la colaboración de los lectores a fin de que identifiquen material pertinente y envíen las referencias a la OPS. Las contribuciones deben tratar temas relevantes para el mejoramiento de la eficacia, eficiencia, equidad y calidad de los servicios de salud; demostrar el desarrollo y la aplicación de métodos de investigación que respalden la validez y confiabilidad de los resultados, y ser aportes capaces de generar cambios que propicien el avance de los servicios de salud. Las referencias deben mencionar el título, autores, revista o fuente bibliográfica donde se haya publicado el estudio, volumen, páginas, año y país de edición. Toda notificación o comentario será bienvenido y deberá ser dirigido a: Dr. José Paganini o Srta. Lucía Ruggiero, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 525 23rd. St. NW, Washington, DC, 20037. Teléfono: (202) 861-3231.