

NUEVA INFORMACION SOBRE EL PROBLEMA MUNDIAL DE LA LEPRA ¹

L. M. Bechelli ² y V. Martínez Domínguez ³

Se obtuvo información correspondiente al período de 1966 a 1970, sobre el número de casos registrados, inactivos y dados de alta definitiva, el número de enfermos internados y de instituciones para pacientes internos, la proporción de enfermos lepromatosos, tuberculoides e indeterminados y la frecuencia de incapacidades. La falta de uniformidad en el empleo de la terminología epidemiológica dificultó la comparación de los datos de distintos países. Dadas las circunstancias, sería arriesgado evaluar los programas de lepra en muchos de los países, y resulta difícil determinar exactamente la tendencia de la endemia en ellos. Los datos reunidos sugieren que el total de casos calculados no ha variado esencialmente en los últimos cinco años.

Con el objeto de obtener nueva información sobre las tendencias registradas del problema de la lepra en diferentes países desde que se realizó la encuesta anterior (1), se preparó un cuestionario que se distribuyó a las autoridades de salud pública de los países interesados. Noventa y cinco países enviaron sus respuestas a los cuestionarios. Se obtuvo también información del personal de la sede y de las Oficinas Regionales de la Organización Mundial de la Salud, de consultores y de trabajos publicados.

El cuadro 1 presenta los datos provenientes de las respuestas recibidas y de algunas otras fuentes, y el cuadro 2 resume esta información. Los datos indicados en muchos de los cuestionarios eran incompletos o inapropiados, y algunos no parecían reflejar la verdadera situación epidemiológica. A veces había incongruencias entre los datos facilitados y los contenidos en los informes trimestrales de los proyectos de la

OMS o los reunidos durante las visitas de consultores o de personal de la sede.

Hay indicaciones de que ciertas expresiones como "inactivo" ⁴, "alta definitiva" ⁴ y "perdidos de vista" ⁵ se interpretaron de distinta manera, lo que dificulta la comparación de los datos pertenecientes a distintos países, así como la evaluación de los programas de lucha contra la lepra.

En estas circunstancias sería arriesgado evaluar los programas de lucha contra la lepra en muchos países, y es muy difícil determinar la tendencia exacta de las endemias en estos países y en el mundo en los últimos cinco años. A los efectos de mejorar el valor de la información reunida, es indispensable uniformar el acopio de datos,

¹ Publicado en inglés en el *Bulletin* de la OMS 46(4):523-536, 1972.

² Jefe del Servicio de Lepra, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

³ Epidemiólogo, Jefatura Provincial de Sanidad, Madrid, España, (ex médico del Servicio de Lepra, Organización Mundial de la Salud).

⁴ "Deberá considerarse como caso "inactivo" a todo enfermo de lepra que no presente ningún signo de actividad clínica y cuyos análisis bacteriológicos den resultados negativos. Una vez conseguida la inactividad deberá proseguirse el tratamiento regular durante períodos variables antes que el enfermo cause 'alta definitiva'. La duración de esos períodos será de un año y medio para la lepra tuberculoides, de tres años para la lepra indeterminada y de un mínimo de diez años para la lepra lepromatosa y limitrofe" (22). El Comité anterior de Expertos en Lepra (21) indicó cinco años para los casos lepromatosos y limitrofes.

⁵ "Perdidos de vista", "ausentes" y "enfermos de paradero desconocido", son algunos de los términos empleados para designar a enfermos registrados a los que no se ha vuelto a ver durante dos o más años (21).

CUADRO 1 (continuación)

Continentes y países		Enfermos de lepra							No. de institucio- nes para pa- cientes internos		
Fuente de información ^a		No. regis- trados	%L	%T	%I	No. inac- tivos	No. de altas definitivas	Perdidos de vista	Tasa/ 1000 en la zona epi- démica	No. de enfermos inter- nados	
Fecha											
Asia (cont.)											
Sudeste (cont.)											
Indonesia	Cuestionario	1968	52,250 ^b				547	905	7.26	5,438	47
Laos	Cuestionario	1968	2,018 ^b	32	44	24				655	3
Malasia Occidental	Cuestionario	1968	5,460 ^b	63	34	3	335	685	1.88	2,886	4
Filipinas	Uyguanco (19)	1969				1,641					
	(junio)		23,759								
Singapur	Cuestionario	1968	6,265			1,644	638	1,656	3	468	1
Tailandia	Cuestionario	1968	97,379	35	53	12	28,300	15,284	9	4,000	15
						aprox.	35,379				
Oriente											
Japón	Yoshie (24)	1968	10,307				1,772				
Corea (República)	Cuestionario	1968	37,571 ^b							8,526	6
Taiwan	Cuestionario	1968	4,361 ^b	45	42	13	1,428	430	3.63	1,019	2
Europa^d											
Austria	Cuestionario	1968	2 ^b			2				0	1
Bélgica	Cuestionario	1968	38 ^b	29	71	—	15	19		0	1
Bulgaria	Cuestionario	1968	31	90	6	3	24			3	1
Checoslovaquia	Cuestionario	1968	2 ^b	100	—	—	20			0	0
Dinamarca	Schuppli (16)	1964	2 ^b							0	0
Finlandia	Cuestionario	1968	3 ^b			3				2	1
República Federal de Alemania	Cuestionario	1968	0								
Francia	Schuppli (16)	1964	300 ^b								
Grecia	Cuestionario	1968	2,146	30	49	21	754	486	0.96	2,146	1
Hungría	Cuestionario	1968	0 ^b								
Italia	Coffari (5)	1967	574 ^b								
Luxemburgo	Cuestionario	1969	0 ^b								
Países Bajos	Cuestionario	1968	469	40	60	—	296	18		16	1
Noruega	Cuestionario	1968	5 ^b								
Portugal	Cuestionario	1968	2,676 ^b	72	19	9	1,885	38	1.2	634	1
Rumania	Cuestionario	1968	175 ^b	83	2	15	169	50	0.81	99	1
España	Cuestionario	1968	3,758 ^b	60	26	14	1,974	93		620	3
Suecia	Cuestionario	1968	1 ^b		100	—	1			0	0
Suiza	Schuppli (16)	1964	7								
Turkia	Cuestionario	1968	3,958 ^b				187	13	3	74	3
Reino Unido	Cuestionario	1968	360				4			5	1
Yugoslavia	Cuestionario	1968	9	100	—	—					

CUADRO 1 (conclusión)

Continentes y países	Fuente de información ^a	Fecha	Enfermos de lepra				No. de instituciones para pacientes internos				
			No. registrados	%L	%I	No. de altas definitivas		Tasa/1000 en la zona epidémica	No. de enfermos internados		
Oceanía											
Australia	Cuestionario	1968	1,735			217	0	1,41	324	8	
Islas de Pascua	OPS (14)	1968	31 ^b	16	10			32	4	1	
Fiji	Cuestionario	1968	4,205			3,862	791		129	1	
Polinesia Francesa	Cuestionario	1968	335 ^b	38	31	268	5	9	63	1	
Islas Gilbert y Ellice	Cuestionario	1968	191 ^b	41	5	157	74 [*]	45	21	1	
Hawai	Enna y Trautman (7)	1969	555								
Nueva Caledonia	Cuestionario	1968	888 ^b	29	45	18	1	61	128	1	
Nueva Zelandia	Cuestionario	1968	31 ^b				0		5		
Islas Salomón	Cuestionario	1968	597 ^b	19	10	74	74		61	2?	
Tonga	Cuestionario	1968	129 ^b	45	3	51	22	3.4	6	1	
Wallis y Futuna	Cuestionario	1968	11 ^b						1		
Samoa Occidental	Cuestionario	1968	273 ^b			5	más de la mitad	7	41	1	

^a Los cuestionarios se enviaron a principios de 1969 y los datos pertinentes se refieren al final de 1968.

OPS—Organización Panamericana de la Salud.

EMRO—OMS Oficina Regional del Mediterráneo Oriental.

OCCGE, 1969—Informe Final de la Novena Conferencia Técnica de la Organización de Coordinación y de Cooperación para la Lucha contra las Grandes Endemias, Bobo-

Dioulasso, abril de 1969, página 89.

OCEAC, 1970—Informe Final de la Quinta Conferencia Técnica de la Organización de Coordinación para la Lucha contra las Endemias en el África Central, Yaoundé,

marzo de 1970, páginas 124-137.

Brusco, C. M. et al. (1968)—República Argentina: Programa de Control de la Lepra. En *Informe del Seminario sobre Métodos de Administración de Programas de*

Control de la Lepra, Guadaluajara, Jalisco, México. Documento inédito de la OPS SELEP 2/4.

^b Total de casos, excluidos los que causaron alta definitiva, los fallecidos o emigrados.

^c Altas definitivas en 1968.

^d En varios países hay casos importados, pero ninguno autóctono.

^e De 1963 a 1968.

CUADRO 2—Resumen de los datos sobre la distribución geográfica de la lepra.

Continente	Casos de lepra			
	No. registrado	Inactivos hasta el fin de 1969	Altas definitivas en 1968 ó 1969	Perdidos de vista al final de 1968
Africa	1,326,551	488,893	318,402	65,842
Américas	203,749	5,183	6,808	50,150
Asia	1,333,684	40,771	41,577	20,481
Europa	14,516	5,294	1,035	284
Oceania	8,981	4,578	967	289
Total	2,887,481^a	544,719^b	368,789^a	137,046^d

^a Según los informes de 124 países o territorios (33 de Africa, 32 de las Américas, 25 de Asia, 22 de Europa y 12 de Oceanía).

^b Según los informes de 52 países (17 de Africa, 9 de las Américas, 7 de Asia, 12 de Europa, y 7 de Oceanía).

^c Según los informes de 54 países (19 de Africa, 11 de las Américas, 10 de Asia, 7 de Europa, y 7 de Oceanía).

^d Según los informes de 41 países (8 de Africa, 13 de las Américas, 8 de Asia, 5 de Europa, y 7 de Oceanía).

la terminología y el sistema de registro. No obstante conviene señalar que algunos países o zonas han aportado información muy útil referente a la magnitud del problema y al desarrollo de programas de lucha contra la lepra.

Se sabe, asimismo, que en algunos países se han suprimido del registro a numerosos enfermos. Ello debe hacerse, naturalmente, en el caso de diagnóstico erróneo o de fallecimiento. No obstante, varios países han suprimido del registro a pacientes perdidos de vista o que no se han presentado a recibir tratamiento durante un período de dos o más años. No cabe duda que esos enfermos, especialmente si se trata de casos leptomatosos o limítrofes o, en algunos casos, temporalmente infecciosos, siguen teniendo importancia epidemiológica y no deben retirarse del registro hasta estar seguros de su fallecimiento o emigración. Todo ello debe considerarse al determinar el número total de enfermos y la prevalencia.

Resultados

Número de casos registrados

Con respecto a muchos países no cabe duda que las cifras facilitadas de los casos registrados se refieren únicamente a enfermos que requieren vigilancia y tratamiento y, por consiguiente, no están incluidos los que han causado alta definitiva ni los fallecidos o emigrados. La cifra total de casos

registrados facilitada por la mayoría de los demás países parecía corresponder también al total de casos existentes (excluyendo a los que habían fallecido o causado alta definitiva) aunque no se puede determinar con seguridad.

Los 2,887,481 casos registrados en 124 países, de acuerdo con la información disponible, excede aproximadamente en 500,000 del estimado total para los mismos países (2,387,691) indicado por Bechelli y Martínez Domínguez (1). La diferencia hubiera sido aun mayor si el número de pacientes dados de alta definitiva no se hubiera restado de los nuevos totales de casos registrados en muchos países. Esto resultó asombroso en Africa, donde habían sido dados de alta definitiva 318,402 casos (en 17 países), y el nuevo total de casos registrados es casi el mismo (1,326,551) que en el informe anterior (1,314,826).

Sólo en Asia el número de casos registrados (1,333,684 en 25 países) excede en 450,501 del total anterior (883,173 en los mismos países). Según los cuestionarios, en esos países sólo habían causado alta definitiva 41,577 casos (en 10 países).

En algunas zonas donde se llevan a cabo programas a largo plazo, la tasa de registros de casos parece mantenerse constante o disminuir ligeramente. Sin embargo, se sabe que varios factores económicos, políticos y de otra naturaleza pueden influir en la tasa de localización de casos y, por lo tanto,

hay que proceder con gran precaución al interpretar estos resultados.

*Proporción de casos lepromatosos (L),
tuberculoides (T) e indeterminados (I)*

En los países tropicales de Africa la proporción de casos L es baja, oscilando entre 4% en Alto Volta, 5% en Sierra Leona y 12% en Nigeria occidental; las tasas más elevadas (18%) fueron las de Tanzania y Madagascar. Se observa una proporción muy elevada de casos T, entre 40 y 60%, alcanzando incluso a 85% en un país. Hay que mencionar que en las encuestas de muestreo al azar realizadas por el grupo asesor de la OMS en lepra (GAL)⁶ en el Camerún y en Karsina, Nigeria septentrional (2), las proporciones de casos L fueron de 11.2 y 7.2%, respectivamente, y las de casos T de 55.6 y 38.5%, respectivamente.

Muchos de los países de las Américas acusaban elevadas tasas de casos L; por ejemplo el Brasil mostraba una proporción de 55%, México de 57%, Colombia de 61% y Cuba de 63%. Las proporciones de casos T eran principalmente del orden de 20 a 30%, aunque en Guyana, Haití y Trinidad excedía de 60%.

La proporción de casos L es mayor en Asia que en los países del Africa tropical: por ejemplo, en Birmania era de 27% y en Tailandia de 35%. Un grupo asesor de la OMS en lepra halló una proporción de 37.1% de casos L en Khon Kaen, Tailandia. En muchos países la proporción de enfermos lepromatosos sería menor si se intensificara la búsqueda de casos, ya que ello conduciría a la detección de un mayor número de enfermos I y T.

Los países asiáticos notificaron en general una elevada proporción de casos T, que en Tailandia llegaba al 53% y en Birmania al 58%; los resultados de las encuestas de muestreo al azar realizadas por el GAL-

OMS revelaron proporciones de casos T de 38.5% en Khon Kaen, Tailandia, y de 45.2 y 58.6% en los distritos de Shwebo y Myingyan de Birmania.

Los países europeos, en los que la epidemia es todavía activa, muestran una elevada proporción de casos L: Grecia 30%, España 60% y Portugal 72%; en los mismos países las proporciones de casos T fueron, respectivamente, de 49%, 26% y 19%. En Bélgica y los Países Bajos —ambos con casos importados— las proporciones de casos L eran de 29% y 40% L y las de casos T, de 71 y 60%, respectivamente.

En Oceanía la proporción de casos L fluctuaba entre 19 y 45% y la de casos T entre 26 y 74%.

El margen de variación en la proporción de cada forma de lepra hubiera sido probablemente menor en todas las zonas si se hubieran adoptado criterios uniformes de clasificación. Esta falta de uniformidad dificulta el análisis de los datos relativos a la proporción de casos I. En realidad, las proporciones en Africa variaban según el lugar: 15% Kenia, 36% Alto Volta, Gabón y Nigeria septentrional, 43% Madagascar, 48% Níger y 49% Senegal.

Los resultados del GAL-OMS obtenidos en las encuestas de muestreo al azar revelaron que las proporciones de casos I eran de 52.3% para los hombres y 36.6% para las mujeres en Nigeria septentrional, y 36.4 y 28%, respectivamente, en el Camerún.

Merece mención el hecho que en las Américas las proporciones de casos I en el Paraguay (20%), Colombia (21%), México (22%), Brasil (24%) y Venezuela (24%) eran similares. En el Brasil, México y Venezuela las proporciones notificadas de casos L, T e I resultaron también semejantes, lo que podría indicar una característica común de la enfermedad en América Central y del Sur, con ligeras variaciones (tal vez relacionadas, por lo menos en parte, con la intensidad de las actividades de búsqueda de casos).

⁶ Este grupo se denominó posteriormente grupo epidemiológico de lepra (GEL).

En Asia, la proporción de casos I era muy parecida en Birmania (15%) y en Tailandia (12%). En Khon Kaen, el GAL-OMS halló aproximadamente un 25% de casos I.

En Oceanía se observó una elevada proporción de casos I en la Polinesia Francesa (31%) y en Caledonia septentrional (45%).

La proporción de casos lepromatosos está disminuyendo en algunos países o territorios, y en las encuestas en masa sólo se detectan unos cuantos casos, lo que demuestra la eficacia de la búsqueda de casos. En varios países africanos la proporción de casos L es, al parecer, aproximadamente la misma, a pesar de las medidas de control; lo mismo se observó en el Brasil.

Casos inactivos y enfermos dados de alta definitiva (cuadro 2)

En ciertos países los casos inactivos han aumentado considerablemente (544,719) y los dados de alta definitiva (368,789). En Africa, debido al gran número de casos tuberculoides, muchos pacientes han sido excluidos de algunos proyectos de control, y algunos de estos países han notificado una pronunciada disminución del total de casos. Por esta razón la cifra no ha variado esencialmente en Africa⁷.

Casos perdidos de vista

Únicamente 41 países ofrecieron información sobre un número de casos perdidos de vista. Muchas de las cifras son elevadas, aun en países que cuentan con un programa antileproso aparentemente satisfactorio. Ello refleja la gran dificultad que confronta la mayoría de los países para mantener en tratamiento y vigilancia a todos los pacientes por períodos prolongados.

Incapacidades

Sólo un número relativamente pequeño de países aportaron información pertinente.

⁷ En 33 países había 1,326,551 casos registrados, mientras que en el informe anterior (1) la cifra era 1,314,826 para los mismos países.

Este es un tema que merece más atención. Únicamente se notificaron las incapacidades de grado 2 y grado 3 de la clasificación propuesta por Brand, Bechelli y Martínez Domínguez (4) quedando así excluidas las de grado 1 (anestesia). A continuación figuran los datos notificados, correspondientes a los continentes y países.

Africa: Camerún 7.6%; Reunión 44%; Libia 33%; Nigeria septentrional 25%; Senegal 8%; Sierra Leona 10%; Tanzania 25%; República Arabe Unida 53%; y Alto Volta 18%.

América: Colombia 29%; Costa Rica 26%; Ecuador 42%; Haití 36%; Honduras 15%; México 11%; Panamá 9%, y Trinidad y Tabago 33%.

Asia: Birmania 35.7%; Ceilán 40%; Taiwan 80%; Kuwait 23%; Siria 24%; Tailandia 21%; Malasia occidental 39%; Venezuela 18% y Yemen 19%.

Europa: Bélgica 26%; Portugal 25%; Rumania 24%; España 31% y Turquía 25%.

Oceanía: Australia 41%; Polinesia Francesa 22%; Tonga 17%, Samoa occidental 9%.

Con el fin de facilitar una mejor evaluación de los datos obtenidos, se reproducen a continuación los porcentajes de inválidos (incluida la anestesia) hallados por un Grupo Asesor de la OMS en Leprosia (1):

	Año	Porcentaje
Argentina	1964	35.8
Birmania	1963	48.7
Camerún	1961	35.6
Filipinas	1963	32.2
Nigeria	1960	23.4
Tailandia	1962	41.5

Puede afirmarse, en general, que en los países que desplegaron una gran actividad en la búsqueda de casos, se diagnosticaron numerosos casos precoces y, a consecuencia del tratamiento, la proporción de casos afectados por incapacidades se va haciendo más

reducida que en zonas semejantes que no disponen de buenos programas de esta naturaleza. Así, en los países que acusan una extraordinaria proporción de incapacidades es más probable que la inmensa mayoría de los casos registrados sean enfermos de lepra avanzada.

Número de pacientes internados y de instituciones o unidades que atienden a estos casos

Muchos países no facilitaron la información pertinente. En el cuadro 3 se resumen los datos disponibles.

Resulta difícil analizar los datos porque la información no es completa. En general, la proporción de pacientes internados es menor en Africa y en Asia que en América y en Europa.

Actualmente, en todos los continentes recibe mayor importancia el tratamiento ambulatorio que el institucional, este último se va reduciendo cada vez más. Sin embargo, el porcentaje de pacientes internados en relación con el número de casos registrados sigue siendo elevado en varios países (Indonesia 10.4%, Brasil 15.9%, Irán 16.5%, España 16.5%, Japón 16.7%, Ceilán 17.1%, Australia 18.7%, Corea (República) 22.7%, Taiwan 23.3%, Portugal 23.7% y Malasia occidental 52.3%. La mayoría de estos países habían establecido sus propios programas antileproso a base del tratamiento en instituciones, como se recomendaba en el pasado; y cuando empezó a recibir más importancia el tratamiento ambulatorio numerosos enfermos internados se negaron a abandonar las instituciones.

CUADRO 3—Resumen de los datos disponibles sobre enfermos internados.

Continentes	No. de enfermos internados	No. de instituciones o unidades para pacientes internados
Africa	13,239 (13 países)	140
Américas	20,728 (17 países)	62
Asia	28,053 (17 países)	125
Europa	3,599 (13 países)	17
Oceania	783 (11 países)	10

En contraste con ello, los países que iniciaron sus proyectos de lucha antileprosa en los últimos 15 años, sólo tienen una proporción muy pequeña de pacientes internados (por ejemplo, Birmania 1.5%).

Entre las instituciones de Africa y Asia figura una elevada proporción de poblados especiales y en las Américas sigue siendo elevado el número de sanatorios antileproso.

Prevalencia y tasas de lepra lepromatosa

A juzgar por los datos reunidos, la tasa máxima de prevalencia no excede de 50 por 1,000, lo que ha sido confirmado por la información obtenida por el grupo asesor de la OMS en lepra, en las encuestas de muestreo al azar realizadas en algunas de estas zonas —Birmania (Shwebo y Myingyan), Nigeria septentrional y Camerún— y por el estudio de la OMS sobre el empleo del BCG para la lepra en una encuesta en masa llevada a cabo en Singu, Birmania.

En pequeñas aldeas o focos la tasa de prevalencia puede llegar hasta 82 por 1,000. Esta observación no debe considerarse relacionada con la afirmación de Doull *et al.* (6) de que la incidencia media de lepra L era asombrosamente baja y menor de 0.5 por 1,000 todos los años. Posteriormente Newell (13) señaló que, “En ninguna encuesta o estudio publicado . . ., aun en situaciones de “epidemia”, se ha notificado una tasa de prevalencia de lepra lepromatosa mayor de 15 por 1,000 personas . . .”

Hay que señalar que en algunas aldeas la tasa de casos lepromatosos puede llegar hasta 27 por 1,000, y en la epidemia de Nauru (20) alcanzó la cifra de 22.7 por 1,000 (solo 1,365 habitantes en 1929). Ahora bien, cuando se consideran poblaciones más numerosas, la afirmación de Newell es válida.

La afirmación de que la tasa de prevalencia momentánea no excede de 50 por 1,000 aun en los países más endémicos, no indica que únicamente el 5% de la población es susceptible, en mayor o menor medida, a la

CUADRO 4—Prevalencia de la lepra por continentes, 1965-1970.

Continentes	No. de casos de lepra calculados en 1965	No. de casos previstos de 1965-1970	No. estimado de defunciones 1965-1970 ^a	No. de altas definitivas 1965-1970 ^b	No. de casos de lepra calculados en 1970 ^c
África	3,868,000	312,000	352,600	318,402	3,509,000
Américas	358,000	26,000	32,500	6,808	344,700
Asia	6,475,000	650,000	612,000	41,577	6,471,400
Europa	52,000	3,000	4,700	1,035	49,300
Oceanía	33,000	4,000	3,200	967	32,800
Total	10,786,000	995,000	1,005,000	368,789	10,407,200

^a Las tasas anuales de mortalidad correspondientes a los casos L (22 por 1,000) y no L (17 por 1,000) se calcularon a base de los datos de la mortalidad media durante un período de 10 años en enfermos de lepra de un país africano. Estas tasas se han aplicado a Asia y Oceanía. Para Europa y América se utilizaron las tasas de 15 por 1,000 con respecto a los casos no L y de 20 por 1,000 para los L. La proporción de casos L se calculó aproximadamente en 10% en África, 20% en Asia, 55% en América y 25% en Oceanía.

^b Según los informes de 51 países.

^c Número aproximado al centenar más cercano.

lepra. En realidad, en las condiciones normales de vida sólo cierta proporción de habitantes susceptibles están expuestos a casos infecciosos. Así, el punto máximo de prevalencia no excede de 50 por 1,000 y la tasa máxima de lepra lepromatosa no pasa de 10 por 1,000. En circunstancias especiales esta proporción puede ser mayor, como lo muestran los datos de Lara y Nolasco (10) y Lara⁸ y los provenientes de la epidemia de Nauru (20)⁹. Sin embargo, los datos de Lara se refieren a niños muy expuestos porque vivían en un sanatorio de enfermos de lepra, la mayoría de los cuales eran lepromatosos.

Número estimado de casos de lepra

Según el cálculo de 1965 (1) el total de casos era de 10,786,000; se consideró en aquella fecha que la cifra podría muy bien ser inferior a la verdadera. Asimismo, según una estimación de la OMS mencionada en aquel documento, el número de casos previstos para el período de 1965 a 1970, en

países con una tasa de prevalencia de 0.5 por 1,000 o mayor, era de 995,000, distribuidos así:

África	312,000
América	26,000
Asia	650,000
Europa	3,000
Oceanía	4,000

Teniendo en cuenta, por un lado, el número calculado de enfermos en 1965 y el número previsto de casos en los cinco años subsiguientes y, por otro, el número de defunciones y altas definitivas (cuadro 4), es probable que el total de casos en 1970 no se diferencie mucho del calculado en 1965.

No obstante, teniendo en cuenta las deficiencias de los datos, parece ser que en la mayoría de los países se mantuvo en 1970 aproximadamente, el mismo grado de endemicidad que en 1965, de acuerdo con la tasa anual de detección, la proporción de casos L que todavía se detectan y otros datos. Ello se debe, como era de esperar, a las limitaciones de las drogas antileprosas y las características de la enfermedad que, con los métodos presentes, puede requerir muchos decenios antes de dominarla. En algunos países y territorios se observa un progreso impresionante, pero su efecto sobre la tendencia de la enfermedad no puede percibirse en el breve período de cinco años.

⁸ Lara, C. B. Documento de trabajo inédito WPR/Leprosy/24, 1961, preparado para el Curso Superior de Capacitación en Lepra de la Región del Pacífico Occidental, OMS, Filipinas, 1961.

⁹ Según Lara, la tasa de ataque en niños de 3 a 6 años de edad constantemente expuestos que fueron observados repetidamente durante diversos períodos, llegaba a 36.2%; en más de las tres cuartas partes de todos los casos se produjo una cura completa aparente (10). En la epidemia de Nauru, el 30% de los habitantes (unos 1,500 aborígenes) mostraron signos de lepra (20).

Resumen

En este informe los autores presentan una serie de datos recientes relativos a la situación mundial de la lepra.

De acuerdo con la información procedente de las respuestas a un cuestionario o de otras fuentes, el número de casos de lepra registrados en 124 países es de 2,887,481 lo que representa un aumento de alrededor de 500,000 con respecto a la cifra correspondiente a estos mismos países en una evaluación anterior (1965). Esta diferencia hubiera sido aún más pronunciada si en muchos de los países no se hubieran eliminado del total de casos registrados los enfermos dados de alta definitiva. En ciertas regiones donde se están llevando a cabo programas a largo plazo, la tasa de casos nuevos registrados parece permanecer estacionaria o disminuir ligeramente. La proporción de casos lepromatosos es baja en los países del Africa tropical (alrededor del 10%), más elevada en Asia (27% en Birmania; 35% en Tailandia) y habitualmente considerable en las Américas (más del 40%). En los países de Europa en que persiste la endemia se observa una gran proporción de casos lepromatosos (Grecia, 30%; España, 60%, y Portugal, 72%). En Oceanía se calcula que son lepromatosos entre el 19 y el 40% de los casos y entre el 26 y 74%, tuberculoides. Es probable que en cada continente las variaciones en porcentaje de cada una de las formas de lepra fueran menores si se hubiesen adoptado criterios de clasificación uniforme y si la localización de casos hubiera alcanzado el mismo nivel de eficacia. Conviene señalar que la proporción de casos indeterminados es muy parecida en el Paraguay (20%), en Colombia (21%), en el Brasil (24%) y en Venezuela (24%).

Según las estadísticas de cierto número de países, los casos inactivos (544,719) y los

enfermos dados de alta definitiva (368,789) ha aumentado de manera considerable.

Sólo 41 países facilitaron información sobre los enfermos perdidos de vista. El número de estos casos es con frecuencia elevado, incluso en países en que, aparentemente, la lucha antileprosa está bien organizada.

Los datos relativos a las incapacidades son relativamente escasos y, en general, se limitan a las de segundo y tercer grado, quedando excluidas las de primer grado (anestesia). Los porcentajes varían considerablemente de un país a otro dentro de un mismo continente. Estas diferencias se deben probablemente al grado de precocidad del diagnóstico. Cabe suponer que en los países que acusan una importante proporción de incapacidades, la mayoría de los casos registrados se encuentran en fases avanzadas.

Es difícil analizar los datos relativos al número de enfermos tratados en hospitales y al de instituciones que les prestan servicio; la información disponible es muy incompleta y sólo se refiere a pocos países. De acuerdo con una evaluación aproximada, la proporción de enfermos hospitalizados es menor en Africa y en Asia que en las Américas y en Europa.

De los datos reunidos se deduce que en los países que acusan la mayor endemidad, la prevalencia máxima no excede de 50 por 1,000, medida a nivel de municipio, distrito, provincia o país. En los pueblos pequeños o en focos limitados puede llegar hasta 82 por 1,000.

Si se considera, de un lado, el número de enfermos calculado en 1965 y el previsto de casos nuevos en el curso de los cinco años siguientes, y de otro lado las defunciones y los casos dados de alta definitiva, es probable que el total de casos en 1970 no se diferencie mucho de la cifra obtenida en las evaluaciones de 1965. □

REFERENCIAS

- (1) Bechelli, L. M. y Martínez Domínguez, V. *Bull Wld Hlth Org* 34:811-826, 1966.
- (2) Bechelli, L. M.; Martínez Domínguez, V., y Patwary, K. M. *Int J Leprosy* 34:223-243, 1966.
- (3) Berkeley, J. S. y Berkeley, M. I. K. *Int J Leprosy* 38:78-82, 1970.
- (4) Brand, P. W.; Bechelli, L. M., y Martínez Domínguez, V. *Bull Wld Hlth Org* 40:609-612, 1969.
- (5) Coffari, V. *Acta Leprol* (Ginebra), No. 34-35:5-8, 1969.
- (6) Doull, J. A. et al. *Int J Leprosy* 10:107-131, 1942.
- (7) Enna, C. D. y Trautman, J. R. *Milit Med* 134:1423-1426, 1969.
- (8) (India) Gobierno de la India. Programa Nacional Antileproso (1970). *Quarterly Report and News Bulletin ending March and June 1970*. New Delhi, Dirección General de Servicios de Salud (Ministerio de Salud, Planificación de la familia, W. H. y U. D.), pág. 11.
- (9) *Int J Leprosy* 34:438, 1966.
- (10) Lara, C. B. y Nolasco, J. O. *Int J Leprosy* 24:245-263, 1956.
- (11) *Leprosy Rev* 39:236, 1968.
- (12) Molesworth, B. D. *Leprosy Rev* 40:237-241, 1960.
- (13) Newell, K. W. *Bull Wld Hlth Org* 34:827-857, 1966.
- (14) Oficina Sanitaria Panamericana. *Annual Report of the Director, 1969*, págs. 13-17, *Documento Oficial* 102, 1970.
- (15) Rollier, R. et al. *Acta Leprol* (Ginebra) 27:16-47, 1967.
- (16) Schuppli, R. *Dermatologica* (Basilea) 131:64-68, 1965.
- (17) Shaw, C. *Int J Leprosy* 35:408-409, 1967.
- (18) Secretaría de Salud, Bienestar y Educación. Servicio de Salud Pública, EUA. *Leprosy Surveillance*. Centro para el Control de Enfermedades Transmisibles, Administración de Servicios de Salud y Salud Mental. 1:1, 1970.
- (19) Uyguanco, L. V. *Acta Leprol* (Ginebra), No. 38-39, 5-25, 1970.
- (20) Wade, H. W. y Ledowsky, V. *Int J Leprosy* 20:1-29, 1952.
- (21) Comité de Expertos de la OMS en Lepra. *OMS, Ser Inf Técn* 319, 1966.
- (22) Comité de Expertos de la OMS en Lepra. *OMS, Ser Inf Técn* 459, 1970.
- (23) *Wld Hlth Statist Rep* 22:322-330, 1969.
- (24) Yoshie, Y. *Leprosy Rev* 41:9-13, 1970.

Further information on the leprosy problem in the world (Summary)

This paper presents various recent data relating to the world leprosy situation. According to available information, 2,887,481 leprosy cases are registered in 124 countries, representing about 500,000 more than the total reported in an evaluation of these same countries in 1965. This rise would have seemed even greater if patients discharged as being definitely cured had not been eliminated from many countries' total number of reported cases.

In some regions where long-term programs are being conducted, the rate of registration of new cases appears to be stationary or declining slightly. The proportion of lepromatous cases is low in the countries of tropical Africa (around 10%), higher in Asia (27% in Burma; 35% in Thailand), and traditionally substantial in the Americas (over 40%). A high proportion of lepromatous cases is observed in those European countries where the endemia persists (30% in Greece, 60% in Spain, and 72% in Portugal). It is estimated that 10 to 40% of the cases in Oceania are

lepromatous, and 26 to 74% tuberculoid.

Within each continent, the percentage variation of each form of leprosy would probably have been smaller if there had been uniform classification criteria and uniform efficiency in locating cases. It is noteworthy that the proportion of indeterminate cases is very similar in Paraguay (20%), Colombia (21%), Brazil (24%), and Venezuela (24%).

Statistics from various countries indicate that the numbers of inactive cases (544,719) and discharged patients (368,789) have increased considerably.

Only 41 countries supplied information on patients with whom contact has been lost. The proportion of such cases is high, even in countries where the campaign against leprosy is apparently well-organized.

Data relating to disabilities are relatively scanty and generally limited to second and third degree disability, first degree cases (anesthesia) being excluded. The percentages of different types of disability vary considerably

from country to country, even on a particular continent, probably because most cases are diagnosed earlier in some places than in others. It may be assumed that in the countries with a high disability ratio most recorded cases are in advanced stages.

It is difficult to analyze the data relating to the number of inpatients and to the number of institutions or units caring for them; available information is very incomplete and concerns only a few countries. According to a rough estimate, the proportion of hospitalized patients is lower in Africa and Asia than in the Americas and Europe.

It is inferred from the data gathered that

Novas informações sobre o problema mundial da lepra (Resumo)

Os autores apresentam neste relatório uma série de dados recentes relativos à situação mundial da lepra.

De conformidade com as informações procedentes das respostas a um questionário, ou de outras fontes, o número de casos de lepra registrados em 124 países é de 2.887.481, o que representa um aumento de cerca de 500.000 em comparação com a cifra correspondente a estes mesmos países em uma avaliação anterior (1965). Esta diferença teria sido ainda mais pronunciada, se em muitos países não tivessem sido eliminados do total dos casos registrados os enfermos que receberam alta definitiva. Em certas regiões onde estão sendo realizados programas a longo prazo, o índice de casos novos registrados continua estacionário ou diminuiu ligeiramente. A proporção de casos lepromatosos é baixa nos países da África tropical (cerca de 10%); mais elevada na Ásia (27% na Birmânia); 35% na Tailândia e habitualmente considerável nas Américas (mais de 40%). Nos países da Europa onde persiste a endemia, observa-se grande proporção de casos lepromatosos (Grécia, 30%; Espanha, 60%; e Portugal, 72%). Na Oceânia calcula-se que são lepromatosos entre 19 e 40% dos casos, e entre 26 e 74%, tuberculóides. É provável que em cada continente as variações na porcentagem de cada uma das formas de lepra fossem menores se tivessem sido adotados critérios de classificação uniforme, e se a localização dos casos tivesse atingido o mesmo nível de eficiência. Convém assinalar que a proporção de casos indeterminados é muito parecida no Paraguai (20%),

maximum prevalence does not exceed 50 per 1,000 in the countries exhibiting the highest endemicity when the level is measured for a municipality, county, or larger territorial unit. However, in lesser areas, such as small towns, the prevalence rate may be as high as 82 per 1,000.

Considering the number of cases estimated in 1965, the five-year forecast of new cases made at that time, and the number of deaths and discharged cases since then, it seems likely that most countries were maintaining approximately the same level of endemicity in 1970 as was found in 1965.

na Colômbia (21%), no Brasil (24%) e na Venezuela (24%).

Conforme as estatísticas de um certo número de países, os casos inativos (544.719) e os enfermos que tiveram alta definitiva (368.789) aumentaram de maneira notável.

Apenas 41 países forneceram informações sobre os enfermos perdidos de vista. O número destes casos é, com frequência, elevado, inclusive nos países onde, aparentemente, a luta antileprosa está bem organizada.

Os dados relativos às incapacidades são relativamente escassos e, em geral, limitam-se às de segundo ou terceiro grau, ficando excluídas as de primeiro grau (anestesia). As porcentagens variam consideravelmente de um país para outro, dentro de um mesmo continente. Estas diferenças devem-se, provavelmente, ao grau de precocidade do diagnóstico. Deve-se supor que nos países que acusam uma grande proporção de incapacidades a maioria dos casos registrados acha-se em fases avançadas.

É difícil analisar os dados relativos ao número de enfermos tratados em hospitais e o das instituições que lhes prestam serviço; as informações disponíveis são muito incompletas e se referem a poucos países. De acordo com uma avaliação aproximada, a proporção de enfermos hospitalizados é menor na África e na Ásia do que nas Américas e na Europa.

Pelos dados reunidos, deduz-se que nos países que acusam a maior endemicidade a prevalência máxima não excede 50 por 1.000, medida a nível de município, distrito, província ou país. Nos povoados pequenos ou em focos limitados, pode chegar até 82 por 1.000.

Se considerarmos, de um lado, o número de enfermos calculado em 1965 e o número de casos novos previstos no decorrer dos cinco anos seguintes, e de outro lado os falecimentos

e os casos que tiveram alta definitiva, é provável que o total de casos em 1970 não seja muito diferente da cifra obtida nas avaliações de 1965.

Informations complémentaires concernant le problème de la lèpre dans le monde (Résumé)

Dans le présent rapport, les auteurs exposent un certain nombre de données récentes relatives à la situation de la lèpre dans le monde.

D'après les renseignements reçus en réponse à un questionnaire ou en provenance d'autres sources, le nombre des cas de lèpre recensés dans 124 pays est de 2,887,481, en augmentation d'environ 500,000 sur le chiffre obtenu pour ces mêmes pays lors d'une précédente évaluation (1965). Cette différence aurait été plus forte encore si, dans beaucoup de pays, on n'avait défalqué du total des cas enregistrés les malades libérés des contrôles. Dans certaines régions où des programmes de longue haleine sont en cours d'exécution, le taux des cas nouveaux enregistrés semble rester stationnaire ou décliner légèrement. La proportion des cas lépromateux est faible dans les pays d'Afrique tropicale (10% environ), plus élevée en Asie (27% en Birmanie; 35% en Thaïlande) et habituellement forte dans les Amériques (plus de 40%). Dans les pays d'Europe où l'endémie persiste, on note une forte proportion de cas lépromateux (Grèce: 30%; Espagne: 60%; Portugal: 72%). En Océanie, on compte 19 à 45% de cas lépromateux et 26 à 74% de cas tuberculoïdes. Il est probable que, dans chaque continent, les variations en pourcentages de chaque forme de lèpre seraient de moindre amplitude si l'on avait adopté des critères de classification uniformes et si le dépistage avait atteint partout le même niveau d'efficacité. Il convient de signaler que la proportion des cas indéterminés est très voisine au Paraguay (20%), en Colombie (21%), au Brésil et au Venezuela (24%).

D'après des statistiques portant sur un certain nombre de pays, le nombre des cas inactifs (544,719) et des malades libérés des contrôles (368,789) s'est considérablement accru.

Quarante et un pays seulement ont fourni des renseignements sur les malades perdus de vue. Leur nombre est fréquemment élevé, et cela même dans des pays où, apparemment, la lutte antilépreuse est convenablement organisée.

Les données relatives aux invalidités sont relativement peu nombreuses et généralement limitées aux invalidités des degrés 2 et 3, à l'exclusion du degré 1 (anesthésie). Les pourcentages varient fortement de pays à pays dans un même continent. La raison de ces différences réside probablement dans le degré de précocité du diagnostic. Il est vraisemblable que dans les pays qui signalent une proportion importante d'invalidités la plus grande partie des cas enregistrés sont des cas avancés.

Il est difficile d'analyser les données relatives au nombre de malades traités dans les hôpitaux et au nombre d'établissements qui leur dispensent les soins; les renseignements disponibles sont très incomplets et ne concernent qu'un petit nombre de pays. D'après une évaluation approximative, la proportion des malades hospitalisés est moins élevée en Afrique et en Asie que dans les Amériques et en Europe.

Des informations recueillies, il ressort que dans les pays où l'endémicité est la plus forte la prévalence maximale n'excède pas 50 pour 1,000, si on la mesure à l'échelon de la commune, du district, de la province ou du pays. Dans des petits villages ou dans des foyers limités, elle peut atteindre jusque 82 pour 1,000.

Si l'on considère d'une part le nombre estimé des malades en 1965 et le nombre prévu de nouveaux cas pendant les 5 années suivantes et d'autre part les décès et les cas libérés des contrôles, il est probable que le nombre total des cas en 1970 n'est pas très différent du nombre obtenu lors des évaluations de 1965.