

tones, monos y voluntarios humanos. Debo decir que cuando, y si se prepara cualquier tipo de vacuna atenuada, debe ser hecha en base a la correlación, con voluntarios humanos. Si para la inocuidad de la vacuna tuvieran que cumplirse los requisitos actuales, nunca se obtendría la vacuna anti-amarilla, puesto que esta vacuna debe matar a los ratones; si no los mata, no es satisfactoria. La vacuna anti-amarilla también produce encefalitis en cierto número de monos rhesus inoculados por vía intratecal. Si tuvieran una vacuna contra el dengue, la única posibilidad de emplearla sería durante una epidemia. No me refiero a las reglas militares ni a su empleo en trabajadores que se trasladan a zonas epidémicas. Por el momento, el único uso posible de la vacuna sería en la primera fase de una epidemia identificada. Se debe actuar inmediatamente ya que, en primer lugar, se tropieza con una enfermedad considerablemente modificada y en segundo, la inmunidad evoluciona en el plazo de una semana u 8 días. No obstante, el Coronel Russell hizo mención a lo que otros podrían argüir, que si se introduce otra cepa además de la causante de la epidemia, ello puede incrementar la probabilidad de que ocurra el dengue hemorrágico. No tengo la respuesta ahora en cuanto a este punto. De todos modos, como ha dicho Russell, el desarrollo de la vacuna pertenece a un futuro muy lejano.

De allí que considero como la más importante la última parte de este informe que corresponde a la sección del programa de erradicación del *A. aegypti* en América Latina. He ahí la clave. Se puede hacer más en última instancia, a través de campañas de erradicación del *A. aegypti* por lo que toca al dengue y la fiebre amarilla, que a través de casi cualquier otro método actualmente disponible. Ello no implica que los otros procedimientos carecen de importancia. Pero, como miembros del Comité, y después de haber recibido este informe, debemos dejar constancia que, en vista del peligro constante de epidemias de dengue y fiebre amarilla, es de primordial trascendencia concentrar los esfuerzos en la erradicación del *A. aegypti*. En el informe del Coronel Russell se dice: "Que mientras los esfuerzos de erradicación del *Aedes aegypti* continúan sin mayores problemas técnicos, deben enfrentar en cambio serias dificultades financieras y administrativas". Sabemos que no es fácil, porque no se puede prescindir de los recursos financieros y administrativos. Una vez más, se debe adoptar una decisión de prioridad.

Así y todo creo, si cabe hacer alguna recomendación, debemos hacer todo lo posible por considerar al menos la erradicación del *A. aegypti* entre los demás aspectos que requieren atención financiera y administrativa.

INCAPACIDADES DE LOS ENFERMOS DE LEPRO Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION VOCACIONAL ¹

Del 1 de octubre de 1969 al 1 de octubre de 1971, el Departamento de Salud de Texas, apoyado por una subvención federal, examinó a 199 enfermos de lepra. Esos exámenes se realizaron en un programa de localización, evaluación y rehabilitación

destinado a los 527 leprosos registrados en dicho Estado.

Previamente, con una subvención federal de tres años (1966-1969), se establecieron consultorios para el examen y selección de casos de lepra en cuatro áreas de la zona endémica de Texas: Houston, San Antonio, Corpus Christi y sectores de la cuenca del Río Grande. En cada una de las áreas estos consultorios quedaron a cargo de un mé-

¹ Traducción del documento "Identification and Evaluation of Disabilities of Leprosy Patients in Texas and Utilization of Vocational Rehabilitation Services", por los Dres. S. J. Lerro y M. S. Dickerson, presentado en la XXXI Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad (Laredo, Texas, 2-6 de abril de 1973).

dico y una enfermera de salud pública. Las enfermeras recibieron preparación en materia de casos de lepra y de la propia enfermedad, y entre sus funciones figuran la vigilancia, educación y ayuda a los enfermos de sus áreas correspondientes. También tratan de ganarse la confianza y de estimular tanto a los enfermos como a los contactos para que acudan al consultorio para el examen periódico.

Para el estudio iniciado en 1969, el Hospital del Servicio de Salud Pública de Carville, Luisiana, proporcionó formularios de encuestas sobre la lepra en los que se anotaron las alteraciones observadas en las manos, los pies, la cara y los ojos. Por otra parte, se prepararon formularios relativos a la anatomía corporal, la evaluación de las necesidades para el tratamiento prioritario y el registro índice de lesiones. Además, se lleva un registro fotográfico de las deformidades a fin de observar el progreso alcanzado antes y después de la cirugía, en caso de que esta se realice. Las enfermeras se ocuparon de ponerse en contacto con los casos conocidos de lepra en su área correspondiente, ya sea en forma directa o por conducto del médico particular, y de señalar la fecha de examen del enfermo en el consultorio del Departamento de Salud o en el del médico particular para determinar la naturaleza y alcance de las incapacidades causadas por la lepra. Los resultados se anotaron primero en los mencionados registros y luego se instruyó individualmente a las enfermeras para que llevasen a cabo el examen de evaluación. En los casos de enfermos que no comparecieron o no pudieron comparecer al consultorio, la enfermera los examinó a domicilio. Se prepararon tres copias de cada formulario de examen de evaluación: una para el médico particular, otra para el consultorio del área y otra para la Sección de Rehabilitación del Hospital del Servicio de Salud Pública de Carville, Luisiana. El original se archivó en la oficina central donde se realizó este estudio.

Con la subvención federal de dos años—del 1 de octubre de 1969 al 1 de octubre de 1971—se pudo examinar aproximadamente al 40% de los enfermos de lepra (199 de 517 casos activos registrados) para determinar el alcance de las incapacidades presentes y proceder a la cirugía correctiva (si el enfermo la aceptaba), seguida de servicios de rehabilitación en el Hospital del Servicio de Salud Pública de Carville o en los Servicios de Rehabilitación del Estado de Texas. De esta manera se procuró ayudar al paciente a conservar su trabajo o a rehabilitarlo para que encuentre empleo y, por lo tanto, a participar más activamente en la vida de la comunidad.

Las incapacidades halladas en el examen de 199 casos de lepra ascendieron a 644, y muchos de los enfermos presentaron más de una. La distribución de las incapacidades por tipo y área geográfica fue la siguiente:

Incapacidad	Houston y San Antonio	Corpus Christi	Cuenca del Río Grande	Total	Porcentaje
Manos	46	39	78	163	25.3
Pies	51	48	91	190	29.5
Ojos	14	10	10	34	5.3
Cara	66	68	123	257	39.9
Total general				644	100

Las deformidades o incapacidades más frecuentes fueron las de las manos, pies, ojos y cara, a saber:

<i>Manos:</i>	Insensibilidad o pérdida de sensibilidad a la punzada de un alfiler	49.6%
<i>Pies:</i>	Insensibilidad o pérdida de sensibilidad a la punzada de un alfiler	47.0%
<i>Ojos:</i>	Opacidades de la córnea, conjuntiva ocular y cataratas	47.0%
<i>Cara:</i>	Alopecia de las cejas	40.2%

Para mantener el estado funcional máximo de los casos de lepra con incapacidades se requiere un programa constante de vigilancia, educación y rehabilitación física a fin de evitar lesiones recurrentes y, por lo tanto, nuevas incapacidades o deformidades. Se calcula que el presente estudio quedará completado luego de dos años.