

PLAN DE CONTROL DE LA LEPRO EN EL PARAGUAY*

DRA. AMELIA AGUIRRE DE GONZALEZ

*Directora del Departamento de Lepra
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay*

I. INTRODUCCION

La lepra es uno de los males endémicos de mayor importancia en el Paraguay. De ahí la constante preocupación de las autoridades sanitarias de este país, que culminó en el presente plan de control, que fue preparado con la asistencia técnica del Dr. Lauro de Souza Lima, Consultor de la OMS, y puesto en ejecución con la ayuda material de UNICEF.

II. GEOGRAFIA Y FACTORES SOCIALES

La superficie del Paraguay es de 406.752 Km.² La población estimada para 1956 es de 1.601.000 habitantes.

La parte norte del territorio paraguayo pertenece a la zona tórrida y la parte sur a la zona templada. De manera general, el Paraguay está situado en la zona subtropical.

El clima presenta muchas desviaciones del tropical oceánico, debido a la situación continental del país y a la falta de protecciones orográficas contra los vientos fríos procedentes del Sur.

El Paraguay es un país esencialmente agrícola, de pequeñas chacras, que producen principalmente para consumo propio. Un elevado porcentaje de los hombres trabajan en la industria maderera, en los bosques. La ganadería ocupa el tercer lugar en importancia.

En la capital de la república vive el 41,8 % de la población, a razón de un cuarto para 4 a 5 personas. En el interior vive el 65,4 %, en un cuarto para 5 y más personas.

El régimen alimenticio carece de calcio, de vitamina A, de algunas vitaminas del complejo B, vitamina C y hierro. Existe una hipoproteinemia en los niños de edad preescolar como resultado de la falta de leche en su régimen alimenticio.

* Manuscrito recibido en octubre de 1957.

El alfabetismo es de 80 % en los centros principales.

III. ORGANIZACION DEL PROGRAMA

Antecedentes

Desde hace largo tiempo la gravedad del problema de la lepra constituye motivo de preocupación para el gobierno del Paraguay. Tanto es así que, en 1942, se creó la División de Sífilis y Lepra, la que, en 1947, se dividió en dos departamentos—el de sífilis y el de lepra—independientes. Factores de diversa índole impidieron el desenvolvimiento de las actividades profilácticas, en forma sistemática, hasta junio de 1950, fecha en que se hizo un estudio, basado en los datos existentes entonces, sobre la endemia de la lepra.

En octubre de 1953 se elaboró un plan de campaña antileprosa basado en los siguientes principios:

a) descubrimiento de casos de lepra del grupo indeterminado, que son fuentes latentes de contagio, a fin de esterilizarlos mediante el tratamiento con sulfonas;

b) vigilancia de contactos familiares y extra-familiares, entre los cuales predominan los casos incipientes del grupo indeterminado, y

c) abolición de medidas coercitivas, como aislamiento obligatorio, conforme a la nueva orientación de la lucha contra la lepra presentada en la Tercera Conferencia Panamericana de Leprología,¹ reunida en Buenos Aires en 1951, y propuesta y defendida ya desde mucho tiempo atrás por los leprologos paraguayos.

En octubre de 1955, de acuerdo con el plan elaborado en 1953, se llevó a cabo una pesquisa de casos en la población escolar

¹ R. G. Ugarriza; E. Rodríguez, y D. Meza: *El dispensario como centro fundamental de la lucha antileprosa*. Memoria de la Tercera Conferencia Panamericana de Leprología, Buenos Aires, Argentina, 1954.

primaria con el objeto de hacer una demostración del funcionamiento del plan de acción y al mismo tiempo poner de manifiesto la gravedad de la endemia de la lepra.

Los objetivos de esta pesquisa piloto eran:

a) descubrimiento de casos de lepra en la población infantil, examinando a niños de 6 a 15 años;

b) de los casos descubiertos, probablemente incipientes y en fases negativas en cuanto a bacilos (casos cerrados), llegar a la fuente respectiva del contagio en el domicilio, es decir, determinar el foco y obtener así los tres elementos: el enfermo contagioso, el caso incipiente escolar y los contactos;

c) iniciación inmediata del tratamiento, tanto del caso contagioso como del incipiente;

d) iniciación de la vigilancia de los contactos, esto es: examen dermatológico y sometimiento a la reacción lepromínica.

El plan de búsqueda comprendió a 26 escuelas de la capital y de la ciudad de Luque. El resultado de la pequeña encuesta entre la población escolar fue: Asunción, 7.390 examinados y 16 casos descubiertos; Luque, 1.589 examinados y 4 casos descubiertos. La prevalencia fue de 2,16 y 2,50 por 1.000, respectivamente.

1. *Fundamentos técnicos del programa*

La lucha contra una enfermedad contagiosa se basa siempre en los siguientes puntos:

a) descubrimiento del enfermo que es fuente de contagio;

b) tratamiento;

c) control periódico de los individuos sometidos al peligro de contagio;

d) prevención de la infección;

e) conocido el mecanismo de la transmisión, anular o excluir los factores que la hacen posible o facilitan.

Con relación a la lepra, nuestros conocimientos son incompletos y en ciertos aspectos inductivos solamente, como ocurre en lo que atañe al contagio y al modo de transmisión de la enfermedad. Pero en otros

aspectos se cuenta con conocimientos que permiten tomar medidas profilácticas adecuadas. Si bien estas medidas son esencialmente las mismas en todas partes, varían de un área endémica a otra, adaptándose a las condiciones locales, tales como recursos económicos, personal técnico competente, nivel de vida de la población, extensión de la endemia, medios de transporte y otras.

En el Paraguay, la lucha contra la lepra se basa en los siguientes fundamentos técnicos, considerados como indiscutibles:

a) *El tratamiento con sulfonas*: La eficiencia de este tratamiento está comprobada en los siguientes aspectos: 1) para disminuir progresivamente la cantidad de gérmenes en los casos lepromatosos y, en consecuencia, el potencial infeccioso, hasta la eliminación completa de aquéllos; 2) para impedir la transformación de los casos del grupo indeterminado (fuentes latentes de infección) en tipo lepromatoso (fuentes activas). El tratamiento con sulfonas viene así a romper la cadena del contagio y actúa como un verdadero tratamiento profiláctico, puesto que impide la difusión de aquél.

Una condición primordial para el éxito de la campaña es administrar con la mayor prontitud posible el tratamiento con sulfonas a los casos del grupo lepromatoso para esterilizar los bacilos; a los de tipo indeterminado, para cortar el peligro de infección durante el período precontagioso; y a los de tipo tuberculoide, no obstante su capacidad de cura espontánea, para impedir las deformaciones y la eventual transformación en tipo lepromatoso.

b) *Descubrimiento de casos*: El logro del objetivo mencionado en el punto a) depende del descubrimiento de los casos en el área endémica. Es imposible llevar a cabo un censo integral por razones tan obvias que apenas si es necesario citar: falta de leprólogos, insuficiencia de transporte, desplazamiento constante de enfermos.

En otras áreas endémicas, en que los servicios de lepra funcionan desde hace muchos años, la tarea es sencilla, y se reduce a la vigilancia periódica y sistemática de los

contactos. Pero esta orientación no se podría establecer para un área endémica en que va a iniciarse la lucha, como es el caso del Paraguay: aquí el descubrimiento de casos de lepra sólo podría lograrse mediante una investigación tan amplia como fuese posible y que abarcase todas las capas de la población. Inicialmente la investigación será facilitada por el examen de colectividades organizadas, comprendiendo éstas un elevado porcentaje de población. Posteriormente la investigación se extendería al resto de la población, es decir, a las personas no comprendidas en colectividades organizadas.

Es evidente que la colectividad organizada que ofrezca mayor interés será la que muestre mayores posibilidades de descubrimiento de casos con manifestaciones iniciales de lepra, que son los que forman el grupo indeterminado, y también es noción elemental que estos casos del grupo indeterminado constituyen fuentes potenciales de contagio, por su transformación en casos con manifestaciones de tipo lepromatoso maligno, en un plazo variable entre 5 y 4 años. El tratamiento con sulfonas de estos casos impide esta transformación.

Los casos descubiertos sirven de punto de partida para la determinación del foco, constituido por tres elementos conocidos: 1) el enfermo contagioso; 2) el enfermo descubierto, y, 3) los contactos. El descubrimiento de los casos permite iniciar inmediatamente un tratamiento con sulfonas y la determinación del índice lepromínico de los contactos.

c) *Vigilancia de los contactos*: La lepra es una enfermedad que, esencialmente, se transmite por la convivencia más o menos íntima en el hogar y en el trato diario. Son excepcionales los casos en que no se descubre la fuente de contagio en el domicilio del enfermo. Así, la vigilancia periódica y sistemática de los contactos, sean éstos familiares o no, asume mucha importancia en toda campaña profiláctica de la lepra.

Como esta enfermedad tiene largo período de incubación, la vigilancia de los contactos no se limitará a un examen único, sino que

se ejercerá periódicamente, a intervalos variables en cada caso, de seis meses a dos años, según la naturaleza de la fuente de contagio y las condiciones inmunobiológicas del contacto. Estas condiciones están determinadas por el resultado de la prueba lepromínica y es lo que se llama el índice lepromínico del foco.

La vigilancia estricta de los contactos debe prolongarse por un tiempo no inferior a 6 años, y se considera 3 años como el promedio del período de incubación.

d) *Prevención*: Es posible sólo el método de profilaxis de exposición y el de inmunización.

1) *Profilaxis de exposición*: Exige el alejamiento del foco contagioso de las personas susceptibles de contagio, ya sea por aislamiento de la fuente de contagio o por la separación de los susceptibles.

El aislamiento de los enfermos contagiosos, medida preconizada y adoptada universalmente hasta hace muy poco, se ha visto ya que es de eficacia mínima. Es evidente que por muy rigurosa que sea su aplicación, la medida no alcanzará a la totalidad de los enfermos contagiosos. Comprendiendo la segregación en leprosarios, y aun cuando la campaña fuese ejecutada en las mejores condiciones, no se llegaría a reunir más del 20 % de los enfermos, y este solo hecho reduce la eficacia de la medida de tal modo que el resultado no compensaría el sacrificio financiero. Por otra parte, por atrayentes que fuesen estos leprosarios, es fácil comprender que provocarían la resistencia y el ocultamiento de los enfermos.

El concepto actual de aislamiento tiende a modificarse cada día más, ya sea por la mayor flexibilidad de las condiciones exigidas para poner fin a la segregación, o por el menor rigor en la imposición de las medidas de aislamiento. En algunas áreas se substituye el aislamiento nosocomial en leprosario por la hospitalización en hospitales generales o especializados, donde el enfermo recibe tratamiento antileproso y otros, durante las fases agudas y los episodios de contagio de la enfermedad.

En consonancia con la noción de que la lepra no se hereda, se adopta, como uno de los elementos básicos de la campaña, la separación de los hijos de enfermos de lepra de forma contagiosa, desde el nacimiento. En la mayor parte de los países de endemia extendida se emplean establecimientos destinados exclusivamente a este objeto: los preventorios, dotados de casa-cuna para los recién nacidos. Si bien este procedimiento resulta excelente desde el punto de vista profiláctico, no siempre ha resultado ser igualmente benéfico para los niños internados, pues tiene grandes inconvenientes desde el punto de vista social y psicológico. Hoy día se aconseja la ubicación familiar subvencionada por el Estado, o establecimientos generales, donde los niños conviven con los demás en idénticas condiciones.

2) *Inmunización*: No existe procedimiento alguno capaz de asegurar inmunidad contra la infección de la lepra, si bien son alentadores los resultados obtenidos con la inmunización cruzada, que se obtiene mediante la administración de BCG a los susceptibles. El proceso es aconsejable en las campañas de profilaxis de la lepra, porque, siendo equivalentes la leprominorreacción positiva natural y la inducida por la calmetización, se ha de obtener, como resultado mínimo, una inversión del porcentaje de las formas clínicas, pasando a predominar el tipo tuberculoide benigno, no contagioso.

2. *Legislación*

Es imprescindible disponer de una legislación adecuada para la ejecución de la campaña contra la lepra. Las leyes de la profilaxis de la lepra varían considerablemente de un país a otro, conforme con la orientación técnica seguida por sus respectivos servicios de lepra.

La ley paraguaya fue sancionada en 1918. Necesita que sea revisada de manera que se ajuste a los modernos conceptos de la leprología y a la orientación trazada por el Departamento de Lepra. En su elaboración se tendrá en cuenta que las medidas drásticas y coercitivas ofrecen resultados casi siempre

contraproducentes y que, por otra parte, el Departamento de Lepra deberá contar con suficiente apoyo legal para imponer determinadas medidas cuando éstas se hagan necesarias, si bien siempre será preferible que se acepten por persuasión mediante la educación sanitaria.

Serán medidas básicas y por lo tanto de carácter obligatorio las siguientes:

- a) tratamiento de todos los enfermos de lepra;
- b) examen periódico y sistemático de los contactos familiares y extrafamiliares;
- c) separación de los recién nacidos, cuando el foco es de forma contagiosa.

Estas medidas se completarán con las siguientes de índole accesoria:

- a) asistencia social al enfermo y a sus familiares;
- b) control de enfermos tratados por médicos particulares;
- c) control de tránsito de enfermos en las fronteras, conforme a acuerdos internacionales;
- d) reglamentación técnica de instituciones de beneficencia no oficiales que participan en la lucha.

No será obligatoria la segregación nosocomial por las razones ya expuestas, pero el Departamento de Lepra debe disponer de medios legales que le permitan adoptar estas medidas cuando las condiciones de la vida domiciliar o del propio enfermo la hagan aconsejable. Esto mismo recomienda el Comité de Expertos en Lepra, de la OMS cuando dice: "...con todo, se puede considerar aconsejable que las autoridades dispongan de poderes para el aislamiento compulsivo, el que será aplicado cuando sea necesario y posible..."²

La práctica de subordinar la concesión de alta del leprosario a medidas legales demasiado estrictas, adoptadas en muchas áreas, ya no se justifica, pues dificulta innecesariamente el retorno del enfermo a la sociedad, haciendo de la lepra una excepción entre las enfermedades contagiosas, en las cuales la

² Organización Mundial de la Salud: *Expert Committee on Leprosy: First Report*. WHO Technical Report Series No. 71, sbre. 1953.

responsabilidad del alta recae sobre el médico que asiste al enfermo. Es oportuno fijar otra vez la opinión del Comité de Expertos en Lepra, de la OMS:

“El temor a esto [la segregación sigue siendo todavía el motivo de la permanencia indefinida en el leproario] y sobre el estigma de haber estado internado en uno de estos centros, llevan a los enfermos a ocultar su dolencia, y a eludir el tratamiento, convirtiéndose así en un peligro para sus contactos. El tratamiento moderno, al ofrecer mayores posibilidades de curación, impone una reconsideración de las prácticas en uso, en relación con la segregación obligatoria”³.

Competerá al Departamento de Lepra reglamentar las actividades de los enfermos, imponiendo restricciones al ejercicio de aquellas actividades que, a su juicio, puedan ser perjudiciales a la salud pública, pero estas restricciones serán atenuadas progresivamente a medida que los enfermos vayan pasando de la simple autorización para el ejercicio de determinadas profesiones, mediante un permiso de trabajo, hasta el alta definitiva.

Finalmente, estas medidas legales se completarán por otras que provean al Departamento de Lepra de medios para dar a la búsqueda de casos la mayor amplitud posible.

La colaboración de la clase médica es de alto valor en la tarea, pero desgraciadamente no siempre comprende bien la necesidad de que todos los focos existentes en el país lleguen a conocimiento del Departamento de Lepra. Por esta razón se impone la desagradable obligatoriedad de notificación confidencial de todo caso por parte del médico particular al Departamento. Esta medida no pretende interferir en manera alguna con el ejercicio de la profesión médica y menos aún atentar contra el secreto profesional; sino que sólo tiende a que el Departamento de Lepra pueda cumplir su trascendental cometido de velar por la salud pública, que, en este caso específico, es la vigilancia de los focos.

³ loc. cit.

3. Educación sanitaria

Esta es uno de los elementos primordiales para el éxito de la campaña contra la lepra. Tiene como fin hacer saber al enfermo, a sus familiares, al público en general y a la clase médica, la índole contagiosa de la lepra, sus manifestaciones iniciales, las posibilidades de la terapéutica mediante sulfonas y, finalmente, las ventajas del diagnóstico temprano. Al mismo tiempo, la educación sanitaria aleja ciertos prejuicios y creencias populares contraproducentes y, sobre todo, tiende a eliminar el injustificado estigma que pesa sobre el enfermo de lepra.

En una campaña como la que se está realizando en el Paraguay, fundada en el tratamiento ambulatorio, la educación sanitaria del enfermo adquiere importancia fundamental y recae sobre el médico que le asiste. Hay que hacerle comprender las consecuencias desastrosas de abandonar el tratamiento y la necesidad de su regularidad hasta la desaparición del mal.

4. Formación de técnicos

Es de todo punto de vista conveniente que los médicos y demás funcionarios reciban una preparación especializada al ingresar en los Servicios de Lepra.

5. Cooperación particular

La colaboración de las asociaciones de beneficencia de ayuda contra la lepra es muy valiosa. Su función principal es la asistencia social al enfermo y su familia. En ocasiones, si los servicios de lepra lo creen necesario, pueden colaborar en el mantenimiento de dispensarios, casas-cuna, etc., bajo la supervisión técnica del Departamento de Lepra.

IV. PLAN DE ACCION

1. Búsqueda intensiva de casos en todo el país

El modo de alcanzar este objetivo sería un censo general de lepra en todo el país. Teóricamente este censo es posible, pero en la práctica no, dado que no hay área endé-

mica que pueda disponer de recursos técnicos suficientes y de medios legales para hacerlo. Por esta razón se tomó como punto de partida de las actividades para el control de la lepra, no el censo general o investigación casa por casa, sino la búsqueda intensiva de casos.

Procedimiento: el hallazgo de los casos se realiza sometiendo a examen dermatológico el mayor número posible de individuos, partiendo de las entidades organizadas. Las examinadas sucesivamente fueron:

a) Escuelas primarias.

La edad preescolar, que comprende desde los menores de 1 año hasta los de 5 a 6 años, no ofrece, desde el punto de vista del hallazgo de casos, gran interés por ser excepcional la lepra en esta edad. El hallazgo de casos entre los niños de esta edad es más fácil y da mejores resultados mediante la vigilancia del foco.

b) Grupos de centros de enseñanza secundaria y universitaria.

c) Grupos de reclutamiento militar.

d) Grupos de funcionarios de la administración pública.

e) Grupos de colectividades obreras.

f) Población restante.

Esta última se examinó gracias a las siguientes medidas: obligatoriedad del examen dermatológico a todas las personas interesadas en la obtención de la libreta de salud; de las que concurren a los centros de salud, de las que visitan instituciones oficiales, tales como hospitales, asilos, penitenciarias, etc., y por la verificación de denuncias y notificaciones.

Es fácil comprender que actividades tan intensas como las esbozadas no se pueden llevar a cabo al mismo tiempo en todo el país.

Una vez que se ha alcanzado el examen del 50 al 60% de una población dada, las actividades de búsqueda de nuevos casos se transfieren a otra, donde se repite el procedimiento.

La búsqueda de casos no es una actividad eventual del Departamento de Lepra, sino continua y permanente hasta que se alcance un grado de educación sanitaria tal que el público acuda espontáneamente al Departa-

mento o que se obtenga el control de la epidemia. Proseguirá así la búsqueda y se adaptarán los procedimientos a las enseñanzas de la experiencia y a las nuevas condiciones que surjan durante el desenvolvimiento de la lucha.

2. Localización de focos

Es obvio que la transferencia de los equipos de una localidad a otra no supone disminución o cese de actividades del Departamento de Lepra en el área ya trabajada, sino que, por el contrario, estas actividades se intensifican por tener ahora un carácter específico, puesto que cada enfermo nuevo, sea o no incipiente, será el punto de partida de nuevas investigaciones epidemiológicas destinadas a la localización e individualización del foco, esto es, de sus tres elementos constitutivos: enfermo contagioso, caso descubierto y contactos familiares y extrafamiliares. Se procede a fichar y clasificar a los enfermos, y se inicia de inmediato su tratamiento y la vigilancia del foco por los procedimientos que se indican. Tales actividades competen a los dispensarios especializados, y donde éstos no existan, a los centros de salud del país, todos obedeciendo normas establecidas por el Departamento.

3. Tratamiento

El tratamiento de los casos de lepra, cualquiera que sea la forma o el grupo a que pertenece cada uno, será esencialmente ambulatorio y totalmente gratuito, a base de medicamentos del grupo de las sulfonas, sea por el empleo del compuesto madre, o por el de sus derivados. Razones de orden económico aconsejan el empleo del compuesto (4-4' diaminodifenil sulfona) como tratamiento de base, mas es evidente la necesidad de disponer de otros medicamentos derivados del anterior, no sólo para los casos de intolerancia al primero, sino también porque la alteración o combinación de medicamentos puede producir mejores resultados y evitar, por otra parte, la posibilidad de resistencia y de hábito. Además, los

derivados aplicados por vía endovenosa, tienen indicaciones muy precisas en las fases agudas de la lepra. Al mismo tiempo que el tratamiento con sulfonas, o en los períodos de reposo, pueden ser necesarios medicamentos coadyuvantes para combatir la anemia resultante de la terapéutica con sulfonas o accidentes de otra naturaleza que pudieran sobrevenir. Entre estos coadyuvantes del tratamiento con sulfonas, se preconizan de preferencia las sales de hierro y las vitaminas B₁. Pero además de estos coadyuvantes, es indispensable tener a mano los que se emplean en el tratamiento de la complicación de tipo lepromatoso, conocida como reacción leprótica lepromatosa, y entre ellos se recomiendan el gluconato de calcio, el hiposulfito de sodio, sales de antimonio y, en ocasiones, en complicaciones oculares, los antibióticos y cortisona.

El Departamento de Lepra está preparado para iniciar los ensayos terapéuticos con el radical-madre en suspensión en agua gelosada, en administración mensual o cada tres semanas, así como con el de las sulfonas iso- y mono-propiladas en administración oral por semana.

4. Vigilancia de los contactos

Constituye una de las tareas de mayor importancia para el control de la endemia, y se inicia inmediatamente después de localizados los focos. Por contacto se entiende todo individuo que tuviere convivencia más o menos íntima con un enfermo de lepra, sea por ser pariente (contacto familiar) o por otra circunstancia (id. extrafamiliar). La vigilancia se ejerce por medio de exámenes dermatológicos y neurológicos (sistema nervioso periférico) repetidos periódicamente. El número de contactos examinados multiplicado por 5 (promedio de contactos por enfermo) y dividido por el número de enfermos, representa el índice del foco, cuya importancia es conocida en la evaluación de la vigilancia de contacto. Con los 1.606 enfermos conocidos hasta octubre de 1956, el Departamento tendría así la tarea de practicar 16.060 exámenes ($1.606 \times 5 \times 2$,

donde 5 es el promedio de contactos y 2 el de exámenes de contacto por año) durante un período no inferior a 6 años. Es evidente que la ejecución de esta tarea concluirá por absorber el personal técnico disponible, pues el número de focos crece proporcionalmente a las actividades de descubrimiento de casos y entonces para hacer factible la vigilancia de contacto sin sacrificar la eficiencia propia o la de otras actividades necesarias al control de la endemia, la vigilancia de los contactos se realizará conforme a un esquema basado en los siguientes elementos:

a) *Índice lepromínico del foco*: Se obtiene haciendo la prueba de la lepromina a todos los contactos. Por el resultado éstos son:

Mitsuda-positivos, si persiste en el punto de la reacción un elemento saliente infiltrado de color entre rosado y violáceo, de 3 a 5 mm. de diámetro (+) o mayor de 5 mm. (++), o hasta haber ulceración (+++).

Mitsuda-negativos, si no hay elementos visibles o palpables en el punto de la inyección.⁴

La positividad de la reacción indica resistencia a infección; su negatividad, indica falta de resistencia a infección.

b) *Forma clínica de la enfermedad*: El mayor o menor riesgo de infección depende de que la enfermedad sea del tipo lepromatoso, del tuberculoide o del indeterminado. Para los fines de vigilancia de contactos, los enfermos clasificados en el grupo indeterminado se consideran como de tipo lepromatoso.

c) *Edad de los contactos*: Influye en su mayor o menor susceptibilidad a la infección.

Con estos tres elementos se facilita la tarea del Departamento, que concentrará entonces la vigilancia en los contactos sin resistencia (Mitsuda-negativos), con mayor riesgo de infección (contacto de enfermos lepromatosos), y más susceptibles (menores de edad). La vigilancia se ejercerá conforme al siguiente esquema:

1^{er}. Grupo: contactos Mitsuda-negativos, de enfermos lepromatosos menores de edad, se les

⁴ Tercera Conferencia Panamericana de Lepra, Río de Janeiro, 1948.

hace exámenes dermato-neurológicos cada 6 meses.

2º Grupo: contactos Mitsuda-positivos de enfermos lepromatosos de cualquier edad; se les hace exámenes dermato-neurológicos anuales.

3er Grupo: contactos Mitsuda-negativos de enfermos tuberculoides e indeterminados de cualquier edad; se les hace exámenes dermato-neurológicos anuales.

4º Grupo: contactos Mitsuda-positivos de enfermos del tipo tuberculoide y del grupo indeterminado; se les hace exámenes dermato-neurológicos anuales a los menores de edad, y a los mayores, cada dos años.

Los exámenes dermato-neurológicos se hacen a todos los casos durante un ciclo mínimo de seis años. Para el examen de estos grupos de contactos que son fuentes importantes de descubrimiento de casos el Departamento se valdrá de los siguientes procedimientos: La visitadora social llega hasta el foco y toma nota de todos los contactos y los cita al dispensario correspondiente a la zona a que pertenece el foco. También el médico visita el foco, con el objeto de hacer un examen *in situ*. Se instruye al enfermo mediante el trato en el dispensario para que sienta la necesidad de que él mismo traiga a sus contactos para el examen.

5. Prevención

De las medidas preconizadas para la prevención de la lepra, el Departamento adoptará las que tienen relación con su propia orientación profiláctica.

a) En la profilaxis de la exposición basada en el alejamiento del enfermo, queda abolida la segregación obligatoria en el leprosario, con lo que la finalidad de éste se transforma, pasando a servir de asilo a los enfermos irrecuperables. *Procedimiento*: El Departamento no dejará entretanto de efectuar la profilaxis de la exposición por alejamiento temporal de los enfermos, pues se llevaría a cabo en la capital mediante la creación de un servicio especial de hospitalización, denominado Hospital de Tránsito, con capacidad de 50 lechos y destinado a los enfermos que

necesitan alojamiento transitorio, lo que puede acontecer durante ciertos episodios agudos de lepra y siempre que necesite el enfermo un tratamiento más especializado.

b) Profilaxis de la exposición basada en el alejamiento de los susceptibles. *Procedimiento*: Consistirá en la separación de los recién nacidos en focos lepromatosos, y su internación en asilos comunes.

c) Premunición. *Procedimiento*: No existiendo proceso alguno capaz de producir inmunidad contra la lepra, el Departamento habrá de recurrir a la vacunación con BCG, que, como se sabe, transforma en positivo el resultado de la prueba de Mitsuda. Se hará la calmetización de todos los contactos Mitsuda-negativos con la colaboración del servicio de tuberculosis que desde largo tiempo está empeñado en la campaña de vacunación con BCG de toda la población de la República.

6. Educación sanitaria

Todas las actividades señaladas en los párrafos anteriores serán respaldadas por extensos programas de educación sanitaria desarrollados en colaboración con el Servicio de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Procedimiento*: La educación sanitaria, por abarcar a tres clases de la población, tiene que presentar formas diferentes, adaptadas en cada caso a una clase: 1er Programa para el público en general, y consistirá en informes sobre los aspectos fundamentales de la lucha contra la lepra; 2º Programa, para la clase médica en general; 3er Programa, para los enfermos en tratamiento en dispensarios y centros de salud.

7. Preparación del personal médico

Es condición fundamental para el éxito de la lucha, la formación de un personal médico técnicamente habilitado para el ejercicio de las múltiples actividades inherentes a la lucha contra la lepra. *Procedimiento*: La preparación del personal médico recién incorporado al Departamento de Lepra y de los que aspiren a ingresar en el futuro, así

como la de los médicos sanitaristas del Ministerio, se llevará a cabo por medio de:

- a) cursos de especialización teórico-prácticos;
- b) organización de un programa en el propio servicio, consistente en que el médico recién incorporado al Departamento tiene que desempeñar las actividades del dispensario central, asistido por el médico encargado del Servicio;
- c) becas en el exterior.

8. Organización profiláctica

Esta se encarga de la ejecución del plan de acción y de la continuación de las actividades hasta el completo control de la endemia leprosa en el Paraguay. Está constituida por las unidades sanitarias existentes y por las que se instalarán en los años venideros. La unidad sanitaria fundamental es el dispensario especializado, con sede propia y localizado en cada caso en un centro de salud o en un hospital. El leprosario y el preventivo son unidades accesorias cuyas funciones han variado fundamentalmente: el primero se ha convertido en asilo de enfermos y el segundo en hogar infantil, para niños de cualquier procedencia, de 0 a 6 años de edad.

Los dispensarios tienen como funciones específicas las señaladas en el plan de acción, y éstas estarán a cargo de su respectiva sección ambulante en toda el área de su jurisdicción. Poseerán archivos especiales propios con el registro de cada enfermo y sus contactos, y enviarán copias de dichas fichas al servicio central de la capital. Los dispensarios del interior dispondrán de

laboratorio propio para los exámenes baciloscópicos de los enfermos bajo su control. Se distribuirán los medicamentos a los dispensarios, centros de salud, hospitales generales y eventualmente al domicilio del enfermo. Los dispensarios existentes son 5, 3 en la capital y 2 en el interior. En 1957 se instalarán 1 más en la capital y 4 en el interior.

RESUMEN

En el presente trabajo se expone la orientación seguida por el Departamento de Leprosia en el Paraguay en su programa de control de la lepra. Este plan se caracteriza por:

1. La ruptura del trípode leprosario-preventorio-dispensario, sobre el que se asienta en otros países la lucha contra la lepra. La unidad fundamental sobre la que descansa la campaña es el dispensario: el leprosario pasa a ser un asilo de enfermos inválidos y el preventivo se convierte en hogar infantil.

2. Las medidas de carácter obligatorio son: tratamiento de enfermos, examen periódico de contactos familiares y extra-familiares y separación del recién nacido del foco de contagio.

3. No es obligatoria la segregación nosocomial.

4. El tratamiento es esencialmente ambulatorio a base de medicamentos del grupo de las sulfonas.

5. El plan está respaldado por el extenso programa de educación sanitaria del médico, del enfermo y sus familiares, y del público en general.