



consejo directivo

ORGANIZACION
SANTARIA
PANAMERICANA

IX Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

VIII Reunión



Antigua Guatemala
Septiembre 1956

CD9/15 (Esp.)
15 agosto 1956
ORIGINAL: ESPAÑOL

Tema 26: EL PROBLEMA DE LA LEPRO EN LAS AMERICAS

En su 28a Reunión de junio pasado, el Comité Ejecutivo resolvió incluir en la Agenda de la IX Reunión del Consejo Directivo, el tema "Problema de la lepra en las Américas". En cumplimiento de dicha resolución, el Director presenta este Informe, manifestando que la brevedad del tiempo no ha permitido completar y actualizar los datos, ni realizar consultas con los especialistas y administradores sanitarios de los países.

El Director considera, sin embargo, que este documento puede servir de base suficiente para las discusiones sobre el tema y espera que ellas permitan mejorar la información aquí contenida.

I. INTRODUCCION

La lepra constituye un problema cuya importancia no puede ignorarse. Sus profundas repercusiones sociales, económicas y psicológicas son factores importantes a considerar y constituyen una fuente de preocupación para los servicios de salud pública y bienestar social de los países afectados.

En la región de las Américas hay varios focos de esta enfermedad. Aun cuando en general las tasas de prevalencia no son tan altas como en algunas partes de Africa o Asia, es sin embargo necesario tomar las enérgicas medidas que se requieren para resolver este problema.

Antes de planear cualquier programa racional de control, ya sea al nivel nacional o internacional, es esencial conocer con mayor precisión la magnitud y características epidemiológicas de la lepra en las Américas. En muchos países no se han hecho censos de pacientes, y en otros estos censos son sólo parciales e incompletos.

II. EL PROBLEMA Y LOS RECURSOS EXISTENTES

En la Tabla No. 1 se muestra el número de casos de lepra notificados en 37 países y territorios de las Américas en el período 1950-1953, de acuerdo con los informes de los Gobiernos a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.(1)

En la Tabla No. 2 se resume la información que se ha podido recoger con respecto a la prevalencia de lepra en las Américas, y a las facilidades existentes para su tratamiento y control.

TABLA No.1

Número de Casos Notificados de Lepra, 1950-1953 (1)

Entidades Políticas	1950	1951	1952	1953
<u>Países</u>	<u>Número de casos</u>			
Argentina	323	552	404	288(a)
Bolivia (b)	53	10	8	36(c)
Brasil (d)	4,690	4,829	5,044	5,306(e)
Canadá (f)	—	3	—	2
Colombia (b)	498	635	705	903
Costa Rica	59	31	25	8
Cuba	127	72	99	...
Ecuador	10	6	—	...
Estados Unidos	44	57	57	60
Guatemala	5	7	3	...
Haití	8	10	2	...
México	—	301	248	...
Nicaragua	...	...	...	11
Panamá	—	2	4	9
Paraguay (b)	317	375	340	...
Perú (b)	86	79	92	91(g)
República Dominicana	...	37	35	...
Uruguay	6	10	13	10
Venezuela (a, b)	912	923	616	836
<u>Otras Entidades</u>				
Guayana Británica	6	9	10	15
Guayana Francesa	...	72	5	48
Jamaica	28	24	24	10
Martinica	139	110	98	112
Puerto Rico	2	14	14	12
Trinidad y Tabago	371	438	420	...
Otras Islas del área del Caribe (h)	19	18	21	26

Notas correspondientes a la Tabla No. 1 en página No. 2

- ... No hay información
- No hubo casos
- (a) Provisional
- (b) Corresponde a las áreas de notificación
- (c) Informe revisado
- (d) Casos del territorio nacional y notificados a las autoridades sanitarias del Distrito Federal y de las capitales de estados.
- (e) Incompleto
- (f) Excluido Yukón y los territorios del noroeste
- (g) Hasta noviembre
- (h) Incluye: Barbada, Bermuda, Guadalupe, Islas Bahamas, Antigua, Montserrat, S. Crist. y Nieves, Islas Vírgenes, Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente.

TABLA No.2
Prevalencia de Lepra y Facilidades Existentes para su Tratamiento y Control en las Américas (*)

Entidades Políticas	Población calculada para mediados de año, 1953 (2)	Casos de Lepra		Leprosarios y Colonias		Fecha de la información.	Referencias
		Total Conocido	Segregados	Total Calculado	Número			Capacidad
Países							
Argentina	18,379,000	8,975	...	16,000	5 (h)	2,785	1954 5.6
Bolivia	3,127,603(a)	610	35	1,400	2	...	1954 7
Brasil	55,211,268	60,967	22,954	...	38 (i)	24,000	1950 8.9
Canadá	14,756,000(b)	16	10	17	...	...	1952 10.11
Colombia	12,107,810	9,155	6,507	12,000	2 (j)	...	1950 y 56 12.47
Costa Rica	881,313	211	164	...	1	200	1950 13.14
Cuba	5,394,396(c)	3,623	736	6,000	2	...	1952 15.16.17.18
Chile	6,024,981	37 (g)	13	37	1	40	1954 19.20
Ecuador	3,439,000(d)	150	...	...	2	...	1955 12.21.22
El Salvador	1,929,779	62	...	...	...	...	1953 23
Estados Unidos	158,306,000	...	400	1-2,000	6	...	1955 24.25
Honduras	1,555,664	40	5	...	— (k)	—	1955 20
México	28,052,513	11,378	...	50,000	1 (l)	...	1953 28
Paraguay	1,504,246	979	394	10,000	1 (m)	...	1954 12.29
Perú	8,591,300	1,127	...	3,400	3	550	1951 30
República Dominicana	2,290,805	268	188	...	...	...	1950 31
Uruguay	2,523,000(d)	...	62	500-1,000	— (n)	...	1954 35
Venezuela	5,377,508	8,648	866	...	...	...	1956 36.37.38

TABLA No.2 (Cont.)
Prevalencia de Lepra y Facilidades Existentes para su Tratamiento y Control en las Américas (*)

Entidades Políticas	Población calculada para mediados de año, 1953(2)	Casos de Lepra		Leprosarios y Colonias		Fecha de la información.	Referencias
		Total Conocido	Segregados	Número	Capacidad		
Otras Entidades							
Antillas Neerlandesas	161,000(f)	13	13	1	32	1955	27
Barbada	221,000	66	28	1	175	1953	27
Belice	75,782	1	1	—	—	1955	20
Guadalupe	314,460	1,085	100	1	100	1955	27
Guayana Británica	441,000(e)	1,292	268	1 (m)	400	1950-55	20.18.
Guayana Francesa	29,555	1,304	120	1	160	1953	20.26
Islas Bahamas	85,000	14	14	—(o)	—	1954	27
Islas Leeward: Antigua	48,953	96	32	1	49	1954	27
San Cristóbal y Nieves	52,023	50	30	1	54	1953	27
Islas Windward Dominica	57,000	15	15	1	24	1953	27
Grenada	82,794	7	7	1	16	1955	27
Santa Lucía	83,905	22	14	1	14	1953	27
San Vicente	72,711	20	20	1	20	1953	27
Martinica	292,435	1,348	148	2	254	1954	27
Surinam	219,000(f)	1,270	599	3	735	1954	32.33
Trinidad y Tabago	678,300	884	229	1	...	1953	34

Notas correspondientes a la Tabla No. 2. en páginas 4 y 5

- (*) No se obtuvo esta información para Guatemala, Haití, Jamaica, Nicaragua y Panamá.
- No hay
- ... No hay información.
- (a) Informe revisado
- (b) Excluyendo Yukón y los territorios del noroeste. Población al 1º de junio
- (c) Población calculada para mediados de 1952
- (d) Calculado por la OSP
- (e) Excluyendo los amerindios
- (f) Población calculada a mediados de 1950 (3)
- (g) No hay casos de lepra en Chile continental. Estos se encuentran en la Isla de Pascua (población: 800)
- (h) Más 5 Hospitales de Tránsito y 1 Preventorio
- (i) Más 29 Preventorios
- (j) Estos son en realidad "Lazaretos", que tienen una población mixta de enfermos y personas sanas
- (k) Se dispone de 8 camas para leprosos en el Hospital de Tegucigalpa
- (l) Más 4 salas especiales en hospitales generales, con 105 camas. Hay además 3 Preventorios
- (m) Más 1 Preventorio para niños sanos hijos de leprosos
- (n) Los pacientes están internados en un Hospital General.
- (o) Hay 25 camas para leprosos en el Hospital de Nassau
- (p) También se proporciona tratamiento en otros 34 Policlínicos Generales

El análisis de esta información muestra que la difusión de la endemia no es uniforme en los distintos países ni dentro de cada país. Tampoco lo es el nivel de la lucha antileprosa, que en general no ha alcanzado aún el grado de eficiencia que sería deseable.

En algunos países la endemia leprosa está aún limitada a ciertas regiones en donde la enfermedad, relativamente reciente, asume un carácter maligno y presenta altos índices de prevalencia. En otros países la endemia leprosa se encuentra distribuida en gran parte del territorio y presenta índices de prevalencia de intensidad mediana y alta. Finalmente, en un pequeño grupo de países, la lepra no existe o el número de casos es tan reducido que no constituye un problema de importancia sanitaria.

De la misma manera, la organización de los servicios antileproso en los diferentes países ha alcanzado distintos grados de desarrollo. En algunos, la lucha antileprosa está recién comenzando y su organización es incipiente. En otros, los servicios existentes, si bien de mayor envergadura, no se han desarrollado suficientemente en cuanto al volumen y equilibrio de sus elementos componentes. Por último, hay unos pocos países en que se ha alcanzado una organización adecuada al volumen e importancia de la endemia, existe un conocimiento satisfactorio de su localización, índices y características, y se han instalado servicios modernos de aislamiento y control, cuya ubicación, número y capacidad son adecuados. Estos servicios reciben apoyo de una valiosa obra de cooperación social.

El disponer de una adecuada legislación sobre profilaxis de la lepra, es una herramienta esencial en la lucha contra esta enfermedad.

Casi todos los países de América poseen legislación sobre este tema (4). Sin embargo, en la mayoría de los casos ella ha sido aprobada con anterioridad al desarrollo de los nuevos conocimientos y conceptos acerca de los métodos de control de esta enfermedad. El progreso alcanzado en el tratamiento de la lepra hace necesario ajustar la legislación de tal manera que los viejos métodos, que estaban fundamentalmente basados en controles de carácter administrativo y policial, puedan ser cambiados de acuerdo con los conocimientos modernos y las condiciones sociales existentes.

Con el objeto de ampliar la información contenida en las Tablas anteriores, se presenta a continuación, por países, algunos datos considerados de importancia.

En Argentina (5.6), el aumento creciente del número de enfermos de lepra que se señala en las estadísticas procedentes de las regiones donde la lepra es endémica y la denuncia de focos nuevos en zonas consideradas hasta hace poco indemnes, son factores que destacan la gravedad de este problema.

Al 30 de diciembre de 1945 se habían censado en el país 5,714 enfermos de lepra, lo que representaba un índice de prevalencia de 0.42 por mil, y en 1954 los enfermos censados eran 8,975, con un índice de prevalencia de 0.56 por mil.

Es indudable que estos datos estadísticos señalan que la endemia leprosa alcanza un nivel importante en Argentina, especialmente si se considera que probablemente los casos denunciados corresponden sólo a una mitad de la cifra real. Por otra parte, el aumento que se muestra en estas cifras puede también indicar una mejor cooperación del cuerpo médico y del público en general, reflejada en un aumento en el número de denuncias.

El 81% de los casos proviene de una zona formada por Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fé, Entre Ríos, Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones. Se observa una predominancia neta de las formas menos contagiosas (tuberculoideas e indeterminadas) sobre las lepromatosas.

Para la protección de los hijos sanos de enfermos de lepra existe un preventorio en Buenos Aires. Después de la segunda infancia los niños son albergados en la colonia-hogar del Patronato de Leprosos.

En Bolivia (7) de acuerdo con el censo leproológico llevado a cabo desde la creación del servicio de lucha antileprosa, se ha demostrado la existencia de lepra únicamente en el valle central y en la región tropical. Los Departamentos más afectados son: Beni (prevalencia 2.32 por mil), Pando (prevalencia 0.63 por mil) y Santa Cruz (prevalencia 0.40 por mil). De los 610 casos conocidos, 315 (52%) corresponden al tipo lepromatoso; el resto son del tipo tuberculoide o indeterminado.

La capacidad de los dos leprosarios existentes no es suficiente para aislar todos aquellos casos que lo requieren.

En Brasil (8,9) la lepra es todavía un grave problema sanitario, aunque en gran parte bajo control. De los 60,967 pacientes conocidos, 22,954 estaban internados en leprosarios, 443 aislados en sus domicilios y 23,946 bajo la vigilancia de los dispensarios. 13,624 enfermos estaban fuera del control de los servicios.

La región más afectada es la del Norte, con un índice de prevalencia de 3.7 por mil habitantes. Las regiones Sur, Centro-Oeste y Este acusan 1.5, 1.2 y 1.0 respectivamente. La región menos afectada es la del Nordeste cuyo índice de prevalencia es de 0.3 por mil.

El Estado de San Pablo es el que tiene mayor número de enfermos, aunque el índice más alto se presenta en el Estado de Amazonas (4.2 por mil).

La incidencia de formas contagiosas para todo el país es del 57.8%, lo que indica que el Brasil es aún un foco en actividad.

En la administración de los servicios antileprosos trabajan en colaboración integral el Gobierno Federal, los Gobiernos de los Estados y las instituciones particulares integradas en la campaña.

La acción del Gobierno Federal se ejecuta a través del Servicio Nacional de Lepra, órgano del Departamento Nacional de Salud; tiene como finalidades principales orientar y coordinar las actividades de los servicios públicos y privados empeñados en la campaña contra la lepra, prestarles ayuda técnica y material y procurar la uniformidad de los métodos de trabajo. Además, a través del Instituto de Leprología, el Servicio Nacional de Lepra realiza estudios e investigaciones sobre la patología, terapéutica y epidemiología de la lepra. Corresponde también al Gobierno Federal planear, controlar y ampliar o instalar leprosalarios, dispensarios y preventorios.

Los Estados son responsables de la ejecución de las medidas establecidas por la legislación, incluyendo la mantención y funcionamiento de los leprosalarios y dispensarios.

Las instituciones particulares se hacen cargo de la prestación de asistencia social a los pacientes y sus familias.

La administración pública del Brasil dedica porcentajes relativamente altos de sus rentas a la lucha contra la lepra. En promedio, en 1950, los Estados gastaron en ella el 1.2% de sus presupuestos, pero algunos, como el Estado de Amazonas, llegó a gastar el 8.3%. El Gobierno Federal destina el 0.2% de sus ingresos para ese fin.

En conjunto, los Gobiernos de los Estados contribuyen con 71%, el Gobierno Federal con el 27% y la iniciativa particular con el 2% del total de gastos para la campaña antileprosa. La contribución municipal es prácticamente insignificante.

En 1953 existían 29 preventorios localizados en las capitales de los Estados o en las principales ciudades del interior.

Se han promovido regularmente, en varios puntos del país, cursos de formación y perfeccionamiento para médicos leprologos destinados a las tareas profilácticas y asistenciales. De 1936 a 1950 se realizaron 29 cursos, en los que se diplomaron 398 médicos.

En Colombia (12.47) la prevalencia de la enfermedad varía ampliamente de acuerdo con las diferentes regiones del país; el 53% de los casos provienen de la región centro-oriental; el 16% de la región sud-oriental y el 10% de la región centro-occidental, con el 21% restante distribuido por el resto del país. Aunque el total de casos se estima oficialmente en unos 12,000, hay algunos especialistas que hacen subir la estimación a 20 ó 30 mil (47).

No hay en Colombia leprosarios propiamente tales. Los llamados "lazaretos", ("Agua de Dios" y "Contratación") tienen una población que vá de 8 a 10 mil habitantes, compuesta en partes quizá iguales de lepro-
sos e individuos sanos. Estas ciudades son intensos focos de lepra, donde los habitantes viven en condiciones que facilitan grandemente la infección.

Hay tres tipos de establecimientos preventivos, los preventorios, las salas-cunas y las escuelas-hogares. El Gobierno también mantiene algunos niños como pensionistas en hogares privados.

De los 43,000,000 de pesos colombianos a que asciende el presupuesto del Departamento de Salud, siete millones se gastan en lepra. La mayor parte de este dinero se destina a pagar subvenciones vitalicias de \$1.50 diarios a cada leproso, las que se elevan a \$2 diarios cuando el paciente "está enfermo" por cualquier causa.

Existe el propósito de construir un nuevo centro de adiestramiento en lepra, con el objeto de obtener el personal que permita iniciar un buen programa de control. Con este mismo objetivo, el Gobierno de Colombia ha requerido la asistencia de nuestra Organización.

De los 211 casos conocidos de lepra en Costa Rica (13.14) el 64.4% eran de lepra lepromatosa, el 17.1% tuberculoide y el 18.5% indiferenciado.

En Cuba (15.16.17.18) aunque la endemia está repartida con cierta uniformidad por todo el país, se observa una mayor frecuencia en la región oriental de la isla, donde también parece que sus focos están en mayor actividad, observándose un porcentaje más alto de enfermos entre personas menores de 30 años. Las provincias con una mayor concentración de enfermos son las de Oriente, Habana, Las Villas y Camagüey.

De los 3,623 pacientes conocidos, cerca del 48% corresponden a la forma lepromatosa, 16% a la tuberculoide y el resto son indeterminados.

La lucha contra la lepra en Cuba está a cargo del Patronato para la Profilaxis de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Cutáneas.

No existe lepra en el Chile continental (19.20). Sin embargo, en la Isla de Pascua, cuya población es de 800 habitantes, existen 37 casos de lepra.

La información disponible en Ecuador (12.21.22) es escasa; se sabe, sin embargo, que la enfermedad no es muy difundida y que se encuentra limitada a la región Sur del país, en las provincias de El Oro, Loja y Azuay, aunque existen focos pequeños aislados en otras secciones. La prevalencia más alta la registra la provincia de El Oro con 1.1 por mil. El 72% de los casos conocidos son de forma lepromatosa, el 26% de forma indiferenciada y el 2% de tipo tuberculoide.

En El Salvador (23) 29 de los 62 enfermos conocidos se concentraban en el Departamento de Chalatenango que presentaba el más alto índice de prevalencia (0.26 por mil).

La prevalencia pasada y presente de la lepra en Estados Unidos de Norteamérica (24.25) es difícil de determinar. Entre los pacientes conocidos el tipo lepromatoso es el más común, siendo relativamente raro el tipo tuberculoide.

La enfermedad ha estado concentrada en áreas restringidas de Florida, Louisiana, Texas y California, siendo Texas ahora el principal foco de lepra en el país. En 1955, se notificaron 24 casos nuevos, siendo todos personas que viven en la región Sur o Sur-Oriental de Texas.

Fuera del leprosario nacional en Carville, Louisiana, se mantienen leprosarios en Hawai, Puerto Rico, Islas Vírgenes e Islas Marianas. Hay también un leprosario en la Zona del Canal de Panamá.

La lepra es una enfermedad de notificación obligatoria en todos los Estados y territorios, con excepción de Nueva York y Vermont. 35 Estados y el Distrito de Columbia requieren el aislamiento de los enfermos en un leprosario o en el hogar.

En la Guayana Británica (20.48) aproximadamente 50% de los casos es de tipo lepromatoso, 40% de tipo tuberculoide y 10% de tipo indiferenciado. Para la búsqueda de casos nuevos se realizan encuestas regulares en las escuelas y en grupos seleccionados de población.

La lepra es un gran problema en la Guayana Francesa (20.26) aunque energéticas medidas han estado en operación por un tiempo considerable.

De los 1.056 casos nuevos descubiertos entre 1939 y 1953, 547 (54.5%) presentaron los primeros signos de lepra antes de la edad de 16 años; 407 (39%) antes de la edad de 10 años; 102 (9.5%) antes de la edad de 5 años. La alta incidencia entre adolescentes y niños es prueba de la naturaleza endémica de la enfermedad en la Guayana Francesa. Es verdad que la búsqueda de casos es muy activa, incluyendo exámenes sistemáticos de los niños antes y durante su asistencia a la escuela, exámenes de trabajadores, empleados públicos, etc.

El número de casos de tipo lepromatoso es relativamente bajo, alcanzando a un 17% en 1953, mientras que el tipo tuberculoide llegaba al 27% y el indiferenciado al 55%.

Los niños, hijos de leprosos aislados en el leprosario, son puestos en una sala-cuna y se consideran planes para la construcción en Cayena de una escuela-hogar más general.

Los niños en contacto con leproso, especialmente bajo dos años de edad, son vacunados con BCG.

Se sabe que la enfermedad existe en Haití (27) pero no se dispone de información completa. Durante 1954 se informaron 7 casos entre los pacientes tratados en los establecimientos médicos del país.

En México (28) se han publicado los resultados de cuatro censos quinquenales; el primero (1930-1934) reveló la existencia de 2,449 leproso, mientras que el cuarto (1945-1949) señaló 9,830. El número de casos oficialmente registrados en septiembre de 1953 era de 11,378 y la prevalencia para todo el país alcanzaba a 0.44 por mil habitantes. Según Núñez Andrade (28), "como no se ha hecho ninguna indagación especial en muchas regiones en que probablemente existen numerosos casos de lepra, es de estimarse que el número de hansenianos existentes en los Estados Unidos Mexicanos hasta hoy pase de 50,000".

La enfermedad predomina en los Estados de la costa del Pacífico (Colima, Sinaloa, Jalisco, Michoacán y Nayarit), en el centro geográfico del país (Guanajuato, Querétaro y Aguas Calientes) y en Yucatán y Distrito Federal. A este último acuden enfermos procedentes del resto del país y por ello presenta una prevalencia de 0.37 por mil.

El 90% de los casos se presentan en adultos. El 65% son de tipo lepromatoso, el 20% de tipo tuberculoide y el 15% de tipo indeterminado.

Por iniciativa privada se han fundado tres preventorios, con alojamiento para unos 60 niños sanos hijos de leproso.

De acuerdo a las estimaciones de médicos locales habría al presente alrededor de 10,000 leproso en Paraguay (12.29), cifra muy alta que daría a este país uno de los más altos índices de prevalencia.

El Gobierno ha expresado su interés en el problema y ha requerido la colaboración internacional para mejorar los servicios de control que actualmente son insuficientes frente a la magnitud del problema.

En Perú (30) el 80% de la endemia leprosa está radicada en el Nor-Oriente del país, donde los índices de prevalencia varían entre 12 y 15 por mil habitantes.

De los casos conocidos, el 64% es de tipo lepromatoso, el 8% de tipo tuberculoide, el 25% de forma indiferenciada y el 3% sin diagnóstico de tipo o forma. La prevalencia del tipo lepromatoso es más acentuada en las regiones selváticas y menos frecuente en la costa y la sierra.

La campaña antileprosa está a cargo del Departamento de Lepra, organismo central, encargado de la planificación, orientación y dirección de la campaña, y de los servicios periféricos (regionales) encargados de las funciones ejecutivas en sus respectivos territorios. En aquellos lugares donde existen unidades sanitarias bien desarrolladas, ellas se hacen cargo de las actividades de la lucha antileprosa, manteniendo el Departamento de Lepra el control y la dirección técnica. Algunos de los Dispensarios tienen "Casa de Tránsito". Hay un preventorio de carácter provisional.

En la República Dominicana (31), la región más afectada es la meridional, con el 80% de los casos conocidos. La enfermedad es más frecuente en el litoral, siendo los dos principales focos leprógenos San Pedro de Macorís y el Distrito de Santo Domingo. El índice de prevalencia para todo el país es de 0.14 por mil habitantes, subiendo a 0.71 en la Provincia de San Pedro de Macorís. El control de los casos es hecho a través del personal médico de las unidades sanitarias.

La organización del servicio de lepra en Surinam (32.33) es una de las más completas y dispone de personal técnico de alta competencia. El servicio depende directamente del Director de Salud Pública. La frecuencia de lepra es alta. El 68.4% de los 1,270 casos de lepra era de tipo lepromatoso, el 30% de tipo tuberculoide y el 1.6% indeterminado.

Además de los tres leprosarios, hay una enfermería de leprosos, con 10 camas, que funciona como anexo del hospital general, una escuela especial para niños que se sospecha presentan formas tuberculoides o indiferenciadas y a quienes se prohíbe por ley asistir a escuelas regulares, y una aldea construida por el Gobierno, en la que se albergan pacientes aislados procedentes de los leprosarios, incapacitados o indigentes.

No es posible evaluar exactamente el estado actual de la endemia de lepra en Trinidad (34). De la información disponible para 1953, se deduce que el índice de prevalencia alcanza a 1.27 por mil; el índice anual de incidencia a 0.18 por mil; y el porcentaje de tipo lepromatoso en la incidencia anual llega al 21.2 por ciento.

Las indicaciones son de que hay una prevalencia comparativamente alta de lepra en Trinidad, con una incidencia anual relativamente más grande que la que pudiera esperarse, notándose sin embargo que las formas benignas de la enfermedad predominan en la incidencia anual.

En Venezuela (36.37.38) la División de Lepra tiene registrados 8,468 enfermos conocidos. Entre ellos, el 45% presentan tipo lepromatoso, 26.5% indiferenciado y 28.5% tuberculoide.

En los Sanatorios Antileprosoles Nacionales se encuentran hospitalizados 866 enfermos; el resto de los casos conocidos está bajo el control de los 171 Dispensarios dependientes de los Servicios Antileprosoles, los que además tienen sometidos a medidas de control y protección a 20,504 contactos de los casos de lepra conocidos. Dichas medidas incluyen exámenes periódicos y vacunación BCG repetida, que se realiza con preferencia a los Mitsuda negativos.

Los Servicios Antileprosoles han efectuado censos leprológicos predominantemente en las áreas rurales de 12 Estados, los que han incluido a 827,914 personas, en las que se han practicado 595,727 pruebas tuberculínicas, con la subsiguiente vacunación BCG a los negativos.

La protección a la población general de los focos se realiza de dos maneras:

a) Vacunación BCG cada 5 años a todos los habitantes de los focos leprógenos bajo control. Se realizan actualmente unas 200,000 vacunaciones por año. b) Vacunación BCG de la población de 0-15 años, una vez al año, por cuatro años sucesivos. Se está vacunando a un ritmo de 250,000 personas de 0-15 años por año.

Se han realizado 7 cursos de preparación de Médicos Leprológicos, de los que han egresado 35 Médicos. Además se proporciona adiestramiento básico a los Médicos Rurales residentes en focos leprógenos, y se dan cursos para Enfermeras Auxiliares en los Sanatorios Antileprosoles Nacionales.

III. ACTIVIDADES DE LA OSP/OMS EN EL CONTROL DE LEPROA

Las actividades de la Organización en este campo han estado hasta ahora orientadas a obtener un mejor conocimiento de la magnitud y características del problema y los recursos humanos y materiales disponibles en los respectivos países, como base de los correspondientes programas de control.

Un Consultor de la Organización visitó en 1951 Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, y presentó un informe, oportunamente transmitido a los respectivos Gobiernos, sobre la situación del problema en esos países. Encuestas similares se realizaron en 1955 en Trinidad y Surinam, y en 1956 en Guayana Francesa, Guayana Británica, Guadalupe, Martinica, Santa Lucía y Granada.

En 1954, a raíz de una solicitud del Gobierno del Paraguay, y de una nueva visita de nuestro Consultor, se elaboró un plan de operaciones para el control de la lepra en ese país, donde el problema reviste especial gravedad. UNICEF ha aceptado colaborar proveyendo los equipos, medicamentos y otros elementos necesarios. Se han otorgado becas a médicos paraguayos para su adiestramiento en leprología y se proveerán los servicios de un Consultor por el término de un año a partir de Setiembre de 1956.

Se proyecta intensificar la actividad de la Oficina en el importante campo del control de lepra. Para ello, se han preparado, para su consideración en el Programa y Presupuesto de 1958, programas de colaboración a cuatro países (Bolivia-12, Perú-24, Ecuador-18 y Colombia-19) y la ampliación y extensión del programa regional ya existente (AMRO-58).

Sirven de guía a dichos programas una serie de principios básicos generales que se estima conveniente someter a la consideración del Consejo Directivo y que han sido preparados siguiendo las recomendaciones del Comité de Expertos en Lepra, reunido en noviembre de 1952 (39).

1. Principios Generales

La lepra no puede ser considerada como una enfermedad aparte, ya que en los países donde es endémica constituye un problema general de salud pública, que se suma a los otros presentes en el país. Todas las medidas que tienden a elevar los niveles generales de salud pública, muy probablemente ayudan también al control de la lepra, ya sea que ellas estén dirigidas contra enfermedades específicas o que se refieran a la mejoría de los niveles de nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental o habitación humana.

Se ha visto en el pasado que la elevación de los niveles de vida ha sido seguida por una desaparición gradual de la enfermedad. Es muy probable que las medidas específicas antileprosas usadas hasta hace poco no hayan jugado, hasta donde podemos saber, parte importante en esta tendencia. Sin embargo, las medidas específicas antileprosas de que se dispone hoy día pueden ayudar grandemente a controlar la lepra, particularmente en aquellos países en los cuales no se espera una mejoría rápida en el nivel general de vida.

El programa de control específico contra la lepra debe estar a cargo de técnicos que trabajen dentro de la estructura general de la administración sanitaria de un país, y debe conformarse a los principios de salud pública generalmente aceptados. La política con respecto a control de lepra debe estar determinada por razones de salud pública y no por los temores y prejuicios que suelen rodear a esta enfermedad.

2. Encuestas

Antes de planear un programa de control es esencial establecer, en cada región, la frecuencia de la lepra, su distribución por sexo, edad y grupos raciales, así como otra información de importancia epidemiológica. A través de esta información es posible establecer el estado alcanzado por la enfermedad, o sea si la endemia está aumentando, disminuyendo, o se mantiene estacionaria. Por ejemplo, una alta tasa de incidencia especialmente en los niños, es una indicación de que la lepra está aumentando en la comunidad y que la resistencia a la enfermedad es comparativamente baja.

Esta información puede obtenerse a través de encuestas sobre lepra entre las cuales se recomiendan tres tipos:

- A. Reconocimiento preliminar llamado también Encuesta Extensiva (49) que consiste en determinar mediante una investigación rápida sobre muestras de población, si la lepra está presente y su grado de importancia;
- B. Censo de pacientes, que incluye la determinación del número exacto de enfermos que existen en una población determinada y su distribución según edad, sexo, raza, estado civil, ocupación, tipo clínico, etc.
- C. Encuesta Intensiva (49) o sea un estudio más detallado de algunos aspectos particulares de la endemia leprosa.

El tipo de encuesta que se resuelva hacer dependerá de los factores locales y de las posibilidades del país.

3. Medidas de Control

A. Diagnóstico Precoz

Este es un elemento esencial para el éxito de cualquier programa de control. Su necesidad es hoy día mayor que nunca, ya que con él el tratamiento se hace mucho más fácil y más corto y se puede esperar con confianza que la recuperación de los enfermos se hará sin dejar incapacidades o deformidades. Las encuestas permitirán reconocer muchos casos tempranos de esta enfermedad.

B. Tratamiento

El tratamiento moderno con las sulfonas, cuando se organiza y supervisa adecuadamente, reduce considerablemente la infectividad de los pacientes y constituye en el momento actual la medida más importante de control de la enfermedad.

En los últimos años se han hecho grandes avances en la quimioterapia de la lepra, pero hay que reconocer que aunque el tratamiento actual de esta enfermedad es mucho mejor que en el pasado, aún tiene sus limitaciones. Hay todavía una necesidad urgente de que se descubra un agente terapéutico más rápido y seguro que los actualmente disponibles, y que permita controlar las fases agudas de la enfermedad.

El tratamiento puede llevarse a cabo en dispensarios, instituciones de aislamiento, o en los hogares de los enfermos. Hasta recientemente el tratamiento domiciliario era posible sólo si el hogar del paciente estaba en una localidad provista de un centro de tratamiento. Desde la introducción de las sulfonas, el tratamiento domiciliario puede ser efectuado por enfermeras visitadoras, aún en localidades situadas a considerable distancia del Dispensario.

El tratamiento domiciliario efectivo, con aislamiento en el hogar cuando es necesario, y la hospitalización y tratamiento institucional para casos seleccionados, ayudan a eliminar uno de los más grandes obstáculos para el control de lepra, o sea el elemento de temor. Evidentemente ésto ayudará a atraer los pacientes al tratamiento y convertirlos así en elementos cooperadores en la lucha contra la enfermedad.

El tratamiento es largo, no sólo para obtener resultados clínicos, sino sobre todo para conseguir la "limpieza bacteriológica", para que el caso deje de ser fuente de infección; la droga puede tener que administrarse durante años, y algunos autores aún sugieren que deberá darse indefinidamente. Afortunadamente, la droga madre Diaminodifenilsulfona (DDS) es barata y puede administrarse por vía bucal diariamente, dos veces por semana, o una vez por semana. La inyección en suspensión oleosa puede ser administrada sólo dos veces al mes.

Se presentan algunas recaídas después del tratamiento con sulfonas, lo que obliga a mantener un control adecuado de los enfermos tratados. También debe tenerse presente la posibilidad del desarrollo de resistencia a la droga (40).

C. Aislamiento

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, el tratamiento moderno de la lepra es un agente poderoso en el control de la enfermedad en la comunidad. Puede además constituir un fuerte incentivo para el aislamiento razonable de los casos abiertos, que se hará mucho más aceptable que en el pasado, debido al mejor pronóstico y a la reducción del período necesario de aislamiento que las drogas modernas han hecho posible.

En teoría, el aislamiento de todos los casos infecciosos debe romper la cadena de infección y eventualmente producir la erradicación de la enfermedad. Sin embargo, muchos casos permanecen infecciosos por años antes de ser diagnosticados y aislados, y el temor a la segregación obligatoria hace que los enfermos oculten su condición por tanto tiempo como pueden, precisamente durante el período en que su enfermedad habría sido más fácilmente curable. En consecuencia, el aislamiento institucional por si mismo no ha dado los resultados que de él se esperaban como medida de control, aun cuando ha sido aplicado vigorosamente y en escala adecuada.

Sin embargo, cuando el aislamiento se aplica con discriminación y combinándolo con la educación y el tratamiento efectivo de los casos, aun mantiene una parte importante en la lucha contra la lepra.

El aislamiento debe ser selectivo y temporal, o sea limitado a los casos infecciosos y mantenido hasta la negativización de sus lesiones. Debe aplicarse con espíritu humanitario, de tal manera que los hospitales-colonias y los sanatorios no constituyan una prisión.

Aunque los dispensarios deben ser el elemento más importante en el control de la lepra, el aislamiento institucional tiene que mantenerse para los casos infecciosos, y también, entre los casos no contagiosos, para los mutilados, vagabundos e insanos, además de aquéllos que constituyen un riesgo para la comunidad a causa de las condiciones en que viven o de que se niegan a someterse a las medidas sanitarias.

D. Protección de Lactantes y Niños

Se acepta generalmente que en los países endémicos la lepra se adquiere más frecuentemente durante la infancia y niñez. En consecuencia, tiene especial importancia impedir el contacto de los niños con sus familiares infecciosos, ya sea aislando a los pacientes o colocando al niño en un preventorio o institución similar.

Diversos autores latino-americanos han proporcionado evidencia indirecta sobre el valor protector del BCG contra la lepra (41.42.43.44.45) y aun la III Conferencia Panamericana de Leprología recomendó la generalización de su uso en las regiones endémicas de lepra, particularmente en los niños (46). Sin embargo, el Comité de Expertos en Lepra (39) no pudo encontrar justificación suficiente como para recomendarlo oficialmente como medida de control, hasta que se realicen estudios adecuados en gran escala, y hasta que los respectivos programas puedan ser coordinados en forma apropiada con los servicios de tuberculosis.

E. Educación Sanitaria

Una de las principales dificultades para el control de la lepra es la falta de conocimiento del público con respecto a esta enfermedad. En los países en que la lepra es endémica, debe emplearse todos los medios disponibles para educar convenientemente al público, en especial al paciente y sus contactos.

F. Requerimientos Legales

La legislación relativa al control de lepra debe incluir solamente principios generales y las autorizaciones que sean necesarias de acuerdo con los conceptos y técnicas actuales de control. Los detalles del programa deben establecerse en reglamentos, que serán preparados por expertos y revisados periódicamente, de acuerdo con el progreso del conocimiento sobre la enfermedad.

G. Investigación Científica

Los resultados favorables de los presentes métodos quimioterápicos en la lepra no deben ocultar la gran necesidad de que se encuentren nuevos agentes terapéuticos de acción más rápida y eficaz. Hay una urgente necesidad de que se efectúen ensayos terapéuticos de ciertas drogas ya disponibles, y de otras que vayan apareciendo, ensayos que deben ser hechos a gran escala, cuidadosamente planeados y ejecutados.

También es necesaria la investigación en otras áreas, como por ejemplo, métodos de cultivo del *M. leprae*, transmisión a animales de experiencia y estudios de campo acerca del valor del BCG para prevenir la lepra.

REFERENCIAS

- (1) Oficina Sanitaria Panamericana. Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas (1950-1953). Publicaciones Científicas No. 24, p.65, Junio 1956.
- (2) Ibid., p.33.
- (3) Ibid., p.9.
- (4) World Health Organization. "Leprosy: A Survey of Recent Legislation." Int. Digest of Health Legislation, 5:3-36, 1954.
- (5) Garzón, R. "La Lepra en la República Argentina: Plan de Coordinación de la Lucha Antileprosa en Córdoba." Memoria de la III Conferencia Panamericana de Leprología, Vol. 2, pp.106-122, 1954.
- (6) Rinaldi, D.R. y Khouri, E. "Estado actual de la Campaña Antileprosa en la República Argentina." Ibid., pp.101-105.
- (7) Suárez, J. "Estado actual de la Campaña Antileprosa en Bolivia." Ibid. pp.165-169.
- (8) Agrícola, E. "Situação atual da Campanha contra a Lepra no Brasil." Ibid., pp.11-25.
- (9) Souza, Araujo. "O problema da Lepra no Brasil." Arquivos Mineiros de Leprologia, 14(2):79-89, Série 1954.
- (10) News Items. Int. Jour. of Leprosy, 21(2):260, June 1953.
- (11) Brown, C.P. "Leprosy in Canada." Canadian Journal of Public Health 43(6):252-258, June 1952.
- (12) Souza Lima, L. Informe sobre Lepra en Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia. PASB Technical Information Bulletin No.51-8, March 1951.
- (13) Romero L., A.I. "Contribución al Estudio de la Clasificación de los Sub-Tipos de Lepra." Revista Médica de Costa Rica, 2(No.199):234-243, Nov. 1950.
- (14) Romero L., A.I. "Organización de la Campaña contra la Lepra en Costa Rica." Ibid., pp.232-233.
- (15) Ibarra Pérez, R., et al. "La Lepra en Cuba." Rev. de Sifilografía, Leprología y Dermatología, 8(2):28-29, 1952.

- (16) González Prendes, M.A., e Ibarra Pérez, R. "Distribución Geográfica y Epidemiológica de La Lepra en Cuba." Ibid., 6(1):7-42, 1949.
- (17) Ibarra, R., y González Prendes. "Incidencia de la Lepra en Cuba en relación a su extensión territorial." Ibid., 2(4):261-264, Dic. 1945.
- (18) Pardo Castelló, V. "Dermatología y Sifilografía," Lepra, F.R. Frank y J.J. Mestre, p.466. Tercera edición, Imp. Cultural, Cuba, 1945.
- (19) Camus Gundián, D. "La lepra en la Isla de Pascua." Rev. Médica de Chile, 68(2):135-140, Febrero 1950.
- (20) The Leonard Wood Memorial. Leprosy Briefs, 7(11):43, Nov. 1956.
- (21) Hernández, G.E. "Trabajo Estadístico de la Incidencia de la Lepra en Ecuador." Boletín de Informaciones Científicas Nacionales, 3(No.70):28-57, Julio 1955.
- (22) Ecuador, "Informe del Gobierno del Ecuador a la XIV Conferencia Panamericana," p.8.
- (23) Reyes, E., et al. "Contribución al Estudio de la Lepra en El Salvador, C.A." Archivos del Colegio Médico de El Salvador, 6(4):403-412, Dic. 1953.
- (24) Badger, L.F. "Leprosy in the United States." Public Health Reports, 70(6):525-535, June 1955.
- (25) Kluth, F. "The Public Health Aspects of Hansen's Disease." Texas Health Bull., 5(4):6-11, April 1956.
- (26) Floch, H. "Leprosy Control in French Guiana." Special Report to the PASB. (DPC files, AMRO-58,D).
- (27) The Leonard Wood Memorial. Leprosy Briefs, 7(12):44-46, Dec. 1956.
- (28) Núñez Andrade, R. "La Lepra en los Estados Unidos Mexicanos en 1953." Memoria del VI Congreso Internacional de Leprología, pp.1094-1097, Octubre 1953, Madrid.
- (29) Paraguay. "Informe del Gobierno del Paraguay sobre el problema de la Lepra." Dirigido a UNICEF en 1954. (PASB-DPC files, Paraguay-9,D).
- (30) Pesce, H. "Estado actual de la Campaña Antileprosa en el Perú." Memoria de la III Conferencia Panamericana de Leprología, Vol.3, pp.182-185, 1954.

- (31) Herrera, G. "Distribución Geográfica de la Lepra en la República Dominicana." Rev. Médica Dominicana, 5:268-276, 1950.
- (32) Souza Lima, L. "Report to the PASB on the Leprosy Problem in Surinam." (DPC files, AMRO-58,D).
- (33) Surinam. "Request of the Government of Surinam to UNICEF." (PASB-DPC files, AMRO-58).
- (34) Souza Lima, L. "Report to the PASB on the Leprosy Problem in Trinidad." (DPC files, AMRO-58,D).
- (35) Uruguay. "Informe del Gobierno del Uruguay a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, 1954."
- (36) Convit, Jacinto. Comunicación Personal (Julio 1956).
- (37) Convit, J., y González, C.L. "Aspectos Epidemiológicos de la Lepra en Venezuela." Revista de Sanidad y Asistencia Social, 19(5-6):373-381, 1954.
- (38) Convit, J., González, C.L., y Rassi, E. "Estudios sobre Lepra en el Grupo Étnico Alemán de la Colonia Tovar, Venezuela." Int. Jour. of Leprosy, 20(2):185-193, 1952.
- (39) World Health Organization. Expert Committee on Leprosy: First Report. WHO Technical Report Series, No. 71, Sept. 1953.
- (40) Garrett, A.S. "Five Years of Mass Dapsone (DDS) Treatment." Leprosy Review, 27(2):54-60, April 1956.
- (41) Fernández, J.M.M. "Estudio Comparativo de la Reacción de Mitsuda con las Reacciones Tuberculínicas." Rev.Arg. de Dermatología, 23(3):425, 1939.
- (42) Azulay, R.D. "A ação do BCG sôbre a Reação lepromínica." O Hospital, 34:853, 1948.
- (43) Rosenberg, J., Souza Campos, N., y Aum, J. M. "Da Relação Imunobiológica entre a Tuberculose e a Lepra: A Ação Positivante do BCG sôbre a Lepromino-reação." Rev. Bras. de Leprol, 18:3, 1950.
- (44) Convit, J., Rassi, E., Canto, R.F., y Contreras, R. "Variaciones de las Reacciones a la Lepromina y Tuberculina en Enfermos de Lepra después de la Vacunación BCG." Memoria de la III Conferencia Panamericana de Leprología, Vol. 1, 1954, pp. 286-291.

- (45) Basombrio, G., Gatti, J.C., Cardama, J.E., y Colombo, C. V.
"Nuestra Experiencia en la Vacunación con el BCG en Convivientes Anérgicos a la Lepromina." Ibid., pp.300-303.
- (46) Comisión de Conclusiones. Ibid., p.319 (Item 5, "Nuevos Métodos Profilácticos").
- (47) Velázquez, Gabriel. Comunicación personal (Junio 1956).
- (48) British Guiana. Medical Department Reports, 1950-1955.
- (49) First International Congress on Leprosy, Cairo, March 1938.
Int. Jour. of Leprosy, 6(3):400-401, 1938.