

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 189

COMITE DE EXPERTOS
EN LEPROA

Segundo informe

	Página
1. Contagiosidad y modo de propagación de la lepra	3
2. La leprominorreacción	5
3. El BCG y la quimioprofilaxis en la prevención de la lepra	9
4. Lucha contra la lepra	13
5. Terapéutica	19
6. Rehabilitación de enfermos inválidos	22
7. Enseñanza y formación profesional en leprología. Educación sanitaria	26
8. Clasificación	29
9. Investigaciones sobre lepra	30
10. Legislación	30

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

1960

COMITE DE EXPERTOS EN LEPROA

Ginebra, 3-8 de agosto de 1959

Miembros :

- Dr. J. A. Kinnear Brown, Specialist Leprologist, Ministry of Health and Medical Headquarters, Entebbe, Uganda (*Relator*)
- Dr. Orestes Diniz, Director del Servicio Nacional de Lepra, Ministerio de Sanidad, Río de Janeiro, Brasil
- Médecin-Colonel de Réserve P. Laviron (Ex-director del Institut Marchoux, Bamako, Sudan), Marsella, Francia (*Vicepresidente*)
- Dr. H. W. Wade, Pathologist Emeritus, Leonard Wood Memorial, Culion Sanitarium, Palawan, Filipinas (*Presidente*)
- Dr. R. V. Wardekar, Secretary, Gandhi Memorial Leprosy Foundation, Wardha (Estado de Bombay), India

Secretaría :

- Dr. W. Bonne, Director de la División de Enfermedades Transmisibles, OMS
- Dr. J. M. M. Fernández, Rosario, Argentina (*Consultor*)
- Dr. J. Gay Prieto, Médico Jefe del Servicio de Lepra, División de Enfermedades Transmisibles, OMS (*Secretario*)
- Dr. V. Martínez Domínguez, Jefe del Grupo Consultivo de Leprología, OMS

COMITE DE EXPERTOS EN LEPRO

Segundo informe *

El Comité de Expertos en Lepra se reunió en Ginebra del 3 al 8 de agosto de 1959.

El Dr. P. Dorolle, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud, dio la bienvenida en nombre del Director General a los miembros del Comité.

El Comité eligió Presidente al Dr. H. W. Wade, Vicepresidente al Coronel Médico de la Reserva P. Laviron y Relator al Dr. J. A. Kinnear Brown.

1. CONTAGIOSIDAD Y MODO DE PROPAGACION DE LA LEPRO

El Comité considera que los tres factores principales que intervienen en la propagación de la lepra son :

- 1) el grado de contagiosidad individual de los enfermos ;
- 2) la receptividad de las personas expuestas a la infección, y
- 3) el tipo de contacto.

Grado de contagiosidad individual

Se admite en general que los casos más contagiosos son los de tipo lepromatoso. Ello no obstante, la existencia simultánea en algunos países de una prevalencia elevada de casos de lepra y de una frecuencia baja de casos lepromatosos no puede explicarse partiendo del supuesto de que estos últimos casos son las únicas fuentes de infección ; es evidente que los casos de lepra « borderline », los de lepra tuberculoide reaccional y algunos indeterminados son hasta cierto punto contagiosos.

Hay numerosos indicios que permiten suponer que los casos auténticos de lepra tuberculoide polar no son normalmente contagiosos. Fernández,

* En el curso de su 25ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución :
El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del segundo informe del Comité de Expertos en Lepra ;
2. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por la labor realizada ; y
3. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB25.R7, Act. of. Org. mund. Salud, 1960, 99)

por ejemplo, no ha conseguido encontrar en quince años de observaciones ni un solo caso de contagio en un grupo numeroso de niños en contacto con lepra de este tipo. En el Brasil, en un estudio sobre 40 000 contactos, no se pudo encontrar tampoco ningún caso de infección entre los que sólo habían estado en contacto con la lepra tuberculoide. Doull y sus colaboradores han demostrado que la convivencia con enfermos de este tipo de lepra no supone un riesgo apreciablemente mayor del que normalmente corre la población en general. Es de notar que estas observaciones se refieren al contacto con casos de auténtica lepra tuberculoide polar.

El Comité recomienda que se someta a un minucioso examen bacteriológico a los enfermos no lepromatosos, sobre todo a los del grupo indeterminado, algunos de los cuales pueden ser infecciosos.

Receptividad de las personas expuestas a la infección

La lepra no parece ser contagiosa para la mayoría de las personas, ni siquiera la forma lepromatosa. La tasa de infección conyugal es baja, como lo es la registrada entre las personas que trabajan años enteros en estrecho contacto con grupos numerosos de enfermos, y no todos los niños expuestos al contacto con leprosos presentan manifestaciones clínicas de lepra.

Hay, en cambio, enfermos que no pueden haber tenido contactos íntimos y prolongados con ninguna fuente de infección. También se han dado casos de lepra en personas que habían pasado poco tiempo en una zona endémica.

Por esas razones, se considera que la receptividad natural del huésped determina en gran medida la posibilidad de que una persona contraiga o no la enfermedad.

En algunos centros se ha observado que más del 40 % de los hijos de enfermos lepromatosos que viven en contacto íntimo con sus progenitores contraen la lepra. Ello no obstante, muchos de los niños infectados tienen una gran resistencia y en esos casos la enfermedad se resuelve espontáneamente.

Esa combinación de una gran receptividad con un alto grado de resistencia permitiría explicar la distribución de la lepra en Africa y en otros lugares, donde la elevada frecuencia de la enfermedad contrasta con índices lepromatosos reducidos, según se observó en la epidemia de la isla de Nauru.

La receptividad natural es mayor en la infancia, pero en una pequeña proporción de personas no disminuye con la edad. En esta minoría que no pierde la receptividad para la infección las manifestaciones clínicas de lepra pueden presentarse en cualquier momento, a menudo en personas de edad avanzada, cuando ha habido una exposición al contagio.

Tipo de contacto

El tipo de contacto (por ejemplo, de convivencia doméstica, de vecindad, etc.) influye mucho en la propagación de la lepra. El Comité recomienda que se emprendan nuevos estudios en zonas rurales sobre la contagiosidad en los distintos tipos de contacto y sobre la influencia de otros factores locales.

2. LA LEPROMINORREACCION

La leprominorreacción es una prueba de utilidad reconocida para determinar la reactividad de una persona al bacilo de la lepra, sirve de criterio para la clasificación de los casos y da una indicación sobre su pronóstico y sobre la resistencia relativa de los contactos.

Ello no obstante, quedan todavía por resolver varios problemas relacionados con esta prueba, entre ellos el de la estandarización del antígeno y el de la escasez cada día mayor de material adecuado para prepararlo, consiguiente a la eficacia de los agentes quimioterapéuticos.

Antígenos

Las tres condiciones que deben concurrir en la preparación del antígeno son: 1) el mayor aprovechamiento posible de los elementos bacilares presentes en los lepromas, 2) la sencillez de la técnica de preparación, y 3) la posibilidad de estandarizar el preparado.

Tipos y nomenclatura. En los trabajos publicados sobre este problema reina una gran confusión por la falta de especificidad de la terminología usada para designar los antígenos.

La lepromina original u «ordinaria» de Mitsuda y Hayashi es una suspensión del leproma entero, incluso de los elementos tisulares que pasan por el filtro. Esta preparación recibe a veces el nombre de lepromina «integral».

Se han preparado «suspensiones purificadas de bacilos» más o menos exentas de elementos tisulares, pero sin modificación radical de la composición química de los organismos bacilares. Estas preparaciones se designan a veces con el término de lepromina «bacilar».

Los antígenos compuestos de las proteínas solubles de los bacilos, con o sin las proteínas del leproma no coaguladas por el calor, sólo provocan la reacción precoz. Para distinguir estos preparados de otros antígenos, conviene darles el nombre de «leprolinas».

Un antígeno muy conocido, que provoca reacciones tardías menos intensas, es la suspensión bacilar «exenta de lípidos» establecida por Dharmendra para estudiar la reacción precoz. La modificación de la antigenicidad a que da lugar ese preparado aconseja designarlo con el

nombre de « antígeno de Dharmendra », pues el producto usado no es ni una lepromina, con arreglo a la definición anterior de este término, ni una leprolina.

La diferencia fundamental entre las leprominas y las leprolinas consiste en que las últimas sólo provocan la reacción precoz (reacción de Fernández), indicativa de una hipersensibilidad preexistente, pero no dan lugar a una sensibilización, mientras que las leprominas, además de provocar la reacción precoz, inducen la tardía (reacción de Mitsuda) y — por ser la prueba una forma de « microvacunación » — modifican el estado inmunológico del individuo. Consecuencia de ello es que las personas que dan reacción negativa en una primera prueba pueden darla positiva en la segunda o en las sucesivas.

Para la práctica normal de la leprominorreacción se recomienda la lepromina de Mitsuda-Hayashi, preparada a ser posible por el método de Wade,¹ que con una cantidad determinada de lepromas permite obtener mayores cantidades de antígeno que la técnica original.

La selección y la preparación de los lepromas son de gran importancia para la obtención de la lepromina. Conviene, por tanto ;

1) examinar uno o más frotis de cada pieza, de preferencia antes de pasarlos por la autoclave, para verificar que contienen bacilos en abundancia ; las piezas pobres en bacilos se desecharán ;

2) eliminar cuidadosamente de las piezas todo el tejido extraño al leproma propiamente dicho, de preferencia después de pasarlas por la autoclave, pues así resulta más fácil identificarlas y separar las que no sirvan, y

3) preparar cada lote de lepromina con lepromas de varios enfermos, pues las propiedades de los bacilos y probablemente su antigenicidad difieren de unos casos a otros. El uso de estas mezclas tiene por objeto establecer un promedio de uniformidad.

Purificación

La lepromina ordinaria o « integral » contiene elementos tisulares del leproma y suele calificarse por ello de producto en « bruto », por lo general en la acepción peyorativa del término, aun cuando la experiencia adquirida en el uso de la lepromina durante los años transcurridos desde que se empleó por primera vez este producto indica que esa objeción tiene un valor más teórico que práctico.

Entre los métodos de purificación de las suspensiones bacilares destacan los fundados en las diferencias de peso específico (Fernández y Olmos Castro) y en el empleo de tripsina (Lew y Carpenter), que son muy labo-

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 71

riosos y antieconómicos. La técnica de extracción de los bacilos del leproma por medio de cloroformo y de recuperación mediante suspensión en éter (Dharmendra) tiene por resultado la separación de los lípidos y la modificación de la antigenicidad. Los preparados obtenidos mediante la extracción por el cloroformo sin tratamiento ulterior con éter (Lowe, Wade) han provocado reacciones tardías más débiles que la lepromina ordinaria, sin reportar en cambio ninguna ventaja.

A juicio de algunos investigadores la separación de los elementos tisulares es innecesaria, sobre todo porque las células leprosas se impregnan con los productos del metabolismo de los bacilos activos y de la desintegración de los inactivos. Ello no obstante, el Comité recomienda que se prosigan las investigaciones sobre esta materia hasta llegar a una conclusión definitiva.

Es de advertir a este respecto que varios autores han obtenido con suspensiones de tejidos normales reacciones tardías en los casos de lepra tuberculoide, pero no en los casos lepromatosos. Este fenómeno no se ha explicado todavía y debe estudiarse más a fondo.

Diluciones

Dada la escasez cada día mayor de lepromas adecuados para la preparación de lepromina, la posibilidad de usar diluciones superiores a la usual de 1/20 de las suspensiones de leproma presenta gran interés. La experiencia ha demostrado que las suspensiones muy diluidas pueden servir para los casos auténticos de lepra pero no son convenientes para los exámenes de contactos o de personas sanas. Ello no obstante, es posible, según varios autores, utilizar diluciones 2 ó 3 veces mayores que la normal (es decir de 1/40 ó de 1/60). Convendría proceder al ensayo de esas diluciones en grupos importantes de personas de todas clases y en los correspondientes grupos testigo, para determinar cuál es la mayor dilución que puede usarse sin temor a errores.

Un problema que se plantea a este propósito es el de la validez de esas pruebas comparativas cuando se practican en una misma persona, toda vez que la reactividad suscitada por la administración de la dosis completa puede acentuar los efectos de la dilución. Es ésta una cuestión que debe esclarecerse. Entretanto, el Comité recomienda que, para comparar la utilidad de una dilución dada con la lepromina normal, se practiquen las pruebas en grupos distintos, rigurosamente comparables en cuanto a la edad y demás factores y bastante numerosos para compensar las variaciones individuales.

Han suscitado interés algunos trabajos recientes (Kinnear Brown) en los que se administraron en inoculación intradérmica, usando el aparato de Heaf para inyecciones múltiples, diversas diluciones de lepromina en un excipiente de absorción retardada a base de lanolina anhidra y aceite

de parafina. Conviene estudiar este método lo mismo en los casos de lepra que en personas sanas, especialmente en los niños de corta edad.

Estandarización

La estandarización de la reacción de Mitsuda ha de fundarse sobre todo en el número de organismos bacilares por dosis de prueba.

El mantenimiento de una proporción determinada entre el material lepromatoso y el suero fisiológico fenicado que se usa como diluyente no es una verdadera estandarización del producto, por informe que sea la técnica de preparación. Tampoco es posible la estandarización biológica de los antígenos para reacciones tardías obtenidos a base de elementos bacterianos, al contrario de lo que ocurre con las proteínas solubles (v. gr. la tuberculina y la leprolina) que se usan para las reacciones precoces de hipersensibilidad. La nefelometría no es aplicable porque la opacidad se debe en su mayor parte a la presencia de elementos tisulares, factor que varía mucho. Es imposible, por otra parte, hacer un recuento preciso de los bacilos en la lepromina ordinaria, porque se agrupan *in globi* y en otros aglomerados.

El método de estandarización introducido por Muir en 1933, que consiste en comparar al microscopio frotis de un lote anterior de lepromina y de un lote nuevo, es ya de uso corriente pero sus resultados son por fuerza aproximados.

Se ha propuesto un método de recuento efectivo (Hanks) basado en la disgregación por cloroformo de una pequeña muestra de lepromina. Si este método resultara practicable en los laboratorios corrientes, es muy posible que permitiera resolver el problema.

Entretanto el Comité propone que, a ser posible, la OMS encargue a un laboratorio central la preparación de un lote de lepromina que sirva de referencia para contrastar por el método habitual de examen de frotis las muestras de lepromina preparadas por otros laboratorios. Es de suponer que este sistema permita atenuar las diferencias que indudablemente existen entre las leprominas preparadas en distintas partes del mundo.

Lectura de las reacciones

Entre las recomendaciones del primer informe del Comité de Expertos en Lepra y las formuladas por los últimos congresos internacionales, no hay ninguna discrepancia respecto a la lectura de la reacción precoz (reacción de Fernández).

Hay, en cambio, disconformidad respecto al límite inferior de positividad de la reacción tardía (reacción de Mitsuda). En todas las conferencias sobre lepra en que se ha tratado este asunto, se ha seguido el criterio de Hayashi de considerar positivas las reacciones caracterizadas por una infiltración nodular de diámetro medio igual o superior a 3 mm, pero el primer Comité

de Expertos recomendó que la reacción se considerara positiva si ese diámetro fuese mayor de 4 mm, y dudosa o negativa cuando fuera de 4 mm o menos. Por otra parte, los especialistas de algunos países (el Japón y el Brasil) proponen como límite inferior de la positividad diámetros todavía mayores. El Comité recomienda que se deje la cuestión en suspenso hasta que se lleven a cabo nuevos estudios histológicos sobre las lesiones de reacción, conforme se propuso en el Séptimo Congreso Internacional de Tokio. Deberán considerarse negativas las reacciones cuya lectura dé resultados dudosos (\pm) y positivas las de $1 \frac{+}{-}$.

A este respecto, conviene tener en cuenta que en fecha reciente se han señalado reacciones positivas más o menos frecuentes en los casos de lepra lepromatosa, especialmente en los sometidos a tratamiento con sulfonas. Será preciso estudiar esta cuestión con objeto de averiguar la causa de esas reacciones, y examinar la posibilidad de que se hayan producido en antiguos casos de lepra «borderline», primitivamente tuberculoides. También deberán emprenderse estudios histológicos para determinar la posibilidad de que las lesiones reaccionales observadas en casos lepromatosos sean manifestaciones del fenómeno «isopático» de Sagher.

Factores determinantes de la reactividad

En las personas normales la proporción de reacciones positivas de Mitsuda varía según la edad y las localidades. Se admite en general que en esas personas puede haber una «sensibilización», que motive una proporción mayor de reacciones positivas o una mayor intensidad de éstas al contacto (infección) con *Myco. leprae* (reacción específica) o con *Myco. tuberculosis*, incluso con el BCG (reacción cruzada inespecífica).

Algunos investigadores han indicado que esa sensibilización puede obedecer también a ciertos factores que suscitan una reactividad débil «inespecífica y naturalmente adquirida» a dosis mayores de tuberculina. Este problema ha sido estudiado muy a fondo en los últimos años por los equipos de la OMS en diversos países. A juicio de numerosos observadores, surten ese efecto las micobacterias del medio natural, más abundantes en algunas regiones que en otras y en las zonas rurales que en las urbanas. Convendría que en los estudios sobre la leprominorreacción se tuviera en cuenta esa posibilidad.

3. EL BCG Y LA QUIMIOPROFILAXIS EN LA PREVENCIÓN DE LA LEPROSIS

El Comité reconoce la importancia de cualquier método que contribuya a evitar el contagio de los contactos de leproso. Los dos métodos principales que se han investigado son la vacunación con BCG y la administración periódica de DDS en dosis pequeñas.

La vacunación con BCG y la profilaxis

La experiencia adquirida en el mundo entero ha demostrado que el BCG puede provocar una reacción positiva a la lepromina en una elevada proporción de personas sanas. La positividad aumenta también espontáneamente con la edad. En los individuos sanos la vacunación con BCG puede acelerar la positividad de la reacción, circunstancia que puede resultar beneficiosa para los contactos.

Se ha demostrado también que la repetición de la prueba de la lepromina puede modificar el estado inmunológico y determinar la aparición de reactividad, aunque en proporciones más bajas y con menos intensidad que el BCG.

La eficacia del BCG para la prevención de la lepra no se ha demostrado todavía de manera concluyente por los siguientes motivos :

- a) porque la mayoría de las experiencias practicadas hasta la fecha se han hecho en escala demasiado pequeña y por lo común sin planificación estadística adecuada, y
- b) porque muchas de esas experiencias son todavía demasiado recientes para evaluar sus resultados.

Ello no obstante, la vacunación con BCG administrada en las debidas condiciones a los contactos tuberculín-negativos resulta inocua y protege hasta cierto punto contra la tuberculosis.

En vista de lo que antecede, el Comité entiende que no hay inconveniente en practicar la vacunación con BCG en las campañas de lucha contra la lepra que se emprendan en países de recursos suficientes. Acaso sea posible simultanear en esos países las campañas antileprosas con la vacunación por BCG de los contactos tuberculín-negativos.

En los países donde haya escasez de personal y de recursos financieros, la vacunación de los contactos con BCG no debe ir en detrimento de la lucha contra la lepra.

En los países donde ya se han emprendido campañas de vacunación con BCG, puede ocurrir que las personas vacunadas queden protegidas también contra la lepra. Es posible que en los próximos años las actividades realizadas o en curso permitan obtener datos sobre la eficacia de la vacunación con BCG para la profilaxis de la lepra.*

La quimioterapia y la profilaxis

También se han efectuado ensayos para averiguar si la administración regular de sulfonas en dosis pequeñas protege a los contactos. Los resultados

* El Comité tomó nota de que hasta fines de diciembre de 1958 se había vacunado a más de 88 millones de personas en campañas emprendidas con ayuda de la OMS y del UNICEF.

obtenidos hasta la fecha no se consideran bastante concluyentes ni significativos.

Investigaciones propuestas

Si la vacunación con BCG da una protección apreciable contra la lepra, cabe esperar que las campañas antituberculosas en masa emprendidas en distintos países donde la lepra es endémica reduzcan la incidencia de esta enfermedad.

Para evaluar la eficacia de la vacunación con BCG contra la tuberculosis, la OMS tiene en preparación un plan de investigaciones que podrían hacerse extensivas a los efectos de esa vacuna sobre la lepra si uno de los componentes del grupo de investigadores fuera una persona preparada para la investigación de casos de lepra.

En el curso de ese estudio, que se llevará a cabo en la India, se compararán distintas poblaciones, en algunas de las cuales (escogidas al azar) se practicará la vacunación, dejándose otras sin vacunar. En la región escogida al efecto hay unos 200 sectores de desarrollo comunal, y cada grupo de diez será alternativamente vacunado o no. Practicando de antemano en diez sectores encuestas sobre prevalencia, se podrá calcular aproximadamente la frecuencia total de la enfermedad y se iniciará a continuación la ejecución del programa en los sectores escogidos. Más adelante, cuando haya transcurrido un plazo conveniente (de cinco años, por ejemplo), se determinará la frecuencia exacta en todos los sectores y seguidamente se compararán las cifras obtenidas en los sectores tratados y en los sectores testigo y se establecerá la correspondiente relación entre esas cifras y la prevalencia inicial calculada.

Según los cálculos de los estadísticos, aun cuando los movimientos de población de un sector fueran del 50 %, seguiría siendo posible evaluar estadísticamente el efecto de las medidas de lucha.

El Comité recomienda encarecidamente que se incluya en ese proyecto el estudio de los efectos del BCG sobre la lepra.

Más significativos y más precisos serían los resultados de un ensayo modelo llevado a cabo en dos o tres zonas rurales para determinar los efectos de las medidas preventivas. Haría falta para ello que tanto la frecuencia total como la tasa de casos lepromatosos fueran elevadas. Esa experiencia podría combinarse con un estudio comparativo sobre los efectos de la vacunación con BCG y de la quimioprofilaxis. El plan general del ensayo podría ser el siguiente :

Se escogería un grupo de convivientes de menos de diez años de enfermos de lepra lepromatosa o de otros tipos de lepra abierta. El límite de edad de ese grupo se fija en nueve años para evitar que los posibles cambios de las condiciones de vida después de la edad de 15 años influyan en el tipo de contacto.

1) Las personas del grupo se someterían previamente a una reacción tuberculínica con pequeñas dosis de tuberculina (1 UT). No se practicaría, en cambio, la leprominorreacción. Los contactos tuberculín-negativos se subdividirían en tres grupos :

- a) un grupo testigo al que no se administraría ningún tratamiento ;
- b) un grupo al que se vacunaría con BCG, con arreglo a las normas establecidas por la OMS, y
- c) un grupo al que se trataría con sulfonas a la mitad de la dosis terapéutica.

Convendría, a ser posible, formar un cuarto grupo de sujetos tuberculín-negativos a los que se vacunaría con BCG y se trataría con sulfonas para determinar el efecto de la asociación de ambas medidas.

2) Los contactos tuberculín-positivos se dividirían en los dos grupos siguientes :

- a) un grupo testigo para investigar la eficacia protectora que tiene contra la lepra la infección natural con tuberculosis ;
- b) otro grupo al que se administraría el tratamiento preventivo con sulfonas, igual que al grupo de contactos tuberculín-negativos mencionado en el apartado c), con objeto de determinar las diferencias existentes entre ambos grupos, que puedan atribuirse a la quimioprofilaxis sola o a la asociación de la quimioprofilaxis y la infección tuberculosa.

Para que los datos obtenidos pudieran analizarse de manera adecuada, cada grupo debería estar compuesto de 100 personas por lo menos, y los registros deberían organizarse y llevarse minuciosamente con ayuda de estadígrafos.

Los niños nacidos durante la experiencia en las familias estudiadas se agregarán a los grupos correspondientes de la muestra de población inicial.

Al terminar el ensayo y una vez que haya transcurrido el tiempo fijado al efecto (cinco años por lo menos), se practicará la leprominorreacción en todos los grupos.

Se ha pensado muchas veces si los especialistas en lepra podrían determinar, sin conocimiento previo de la frecuencia de la enfermedad en una zona, si la ejecución de una campaña de vacunación en masa con BCG en esa zona ha influido o no en la incidencia de la lepra. A juicio del Comité, no es posible llegar a esa conclusión sin disponer de una norma que sirva de referencia, pero sí lo es si se comparan las observaciones practicadas en una zona donde se haya llevado a cabo la vacunación y en otras, semejantes a la primera en todos los aspectos, pero donde no se haya usado el BCG.

4. LUCHA CONTRA LA LEPROA

Definición de algunos términos

Encuesta preliminar. Se entiende por encuesta preliminar la efectuada por una o varias personas debidamente preparadas con objeto de determinar, en líneas generales, la distribución de la lepra y la magnitud del problema que plantea en un territorio. La finalidad de estas encuestas es descubrir las zonas de gran prevalencia de la infección y escoger un lugar adecuado para iniciar un programa de búsqueda de casos. En el curso de la investigación deben utilizarse todos los datos disponibles.

Programa de búsqueda de casos. Se entiende por programa de búsqueda de casos la busca sistemática y detenida de casos y contactos de lepra con objeto de poner en tratamiento a todos los enfermos y de someter a vigilancia a todos los contactos domésticos.

Encuesta epidemiológica. Se da este nombre a un estudio debidamente organizado y llevado a cabo con el asesoramiento de expertos en estadística, que debe comprender el registro de todos los datos de interés (por ejemplo, el tipo y la fase de la enfermedad, la distribución por edad y por sexo, la dieta y el clima) para evaluar con precisión la magnitud del problema.

Proyecto piloto. Se llama proyecto piloto el que se emprende en una zona limitada para que sirva de orientación en la ejecución de un programa más importante o de toda una campaña. El proyecto piloto tiene por objeto :

- a) formar personal, especialmente al comienzo de la campaña ;
- b) adaptar a las condiciones locales las técnicas de acción sanitaria, los métodos administrativos y las prácticas de trabajo.

La ejecución de los proyectos piloto se confía a personal médico, auxiliado de enfermeros, técnicos de sanidad, ayudantes de medicina y educadores sanitarios. Estos proyectos preceden a la campaña, pero pueden continuar durante la ejecución de ésta.

Zona piloto. Se da este nombre a la zona donde se desarrolla un proyecto piloto o en algunos casos una investigación más detenida.

Campaña de masa. Constan estas campañas de un programa en gran escala de búsqueda de casos en las zonas de gran endemicidad, acompañado del tratamiento por métodos estandarizados de los casos encontrados. Estas actividades pueden confiarse al personal paramédico bajo la vigilancia de médicos. (En la sección titulada « Terapéutica » se trata en detalle del tratamiento en masa).

Métodos de organización de las campañas de lucha contra la lepra

Los métodos que convenga adoptar para estas campañas variarán según las tasas de frecuencia de la enfermedad y las condiciones económicas y sociales. Cada país adoptará el método más apropiado a sus circunstancias.

El Comité encarece la necesidad de establecer un servicio central de lucha contra la lepra en todos los casos en que haya que emprender una campaña. El jefe del servicio deberá ser un leprólogo con conocimientos de administración sanitaria, y se le nombrará con la categoría superior del escalafón del cuerpo de sanidad del país.

Si de verdad se quiere abordar el problema de la lepra, no es necesario esperar a disponer de especialistas en abundancia, toda vez que los trabajos prácticos pueden iniciarse con un personal paramédico no muy numeroso que se irá aumentando conforme vaya extendiéndose la campaña.

Hay que tender a que la campaña acabe por integrarse en los servicios generales de sanidad.

La experiencia obtenida en distintas campañas de lucha contra la lepra enseña que estas actividades suelen desarrollarse en tres fases :

1) Fase de ataque

a) La campaña contra la lepra debe empezar con la búsqueda y el tratamiento de los casos. La localización de casos será más satisfactoria si la población se convence de la eficacia del tratamiento con sulfonas. Para esta finalidad pueden seguirse los métodos que a continuación se indican.

b) El examen de toda la población es el mejor medio de encontrar casos de lepra, sobre todo los que están en su fase inicial. Para practicar esos exámenes pueden aprovecharse las ocasiones en que la población se reúne, por ejemplo, durante las campañas en masa de lucha contra el pian, las encuestas sobre tripanosomiasis, las campañas de vacunación anti-variólica, etc.

c) En los países donde las condiciones sean favorables, la búsqueda de casos podrá hacerse mediante visitas domiciliarias casa por casa.

d) La investigación de los contactos, que es el método más conveniente en los países donde la prevalencia es mediana o baja, resulta onerosa en los lugares donde la lepra es hiperendémica, pues hay que considerar como contactos prácticamente a todos los habitantes.

e) Otro método que puede utilizarse es el examen de grupos de población previamente escogidos, como los reclutas del Ejército, los obreros de las fábricas, los escolares, etc.

2) *Fase de consolidación*

Inmediatamente después de terminada la búsqueda de casos, empieza la segunda fase (fase de consolidación). La lepra es una enfermedad crónica cuyo tratamiento dura varios años y la actividad más importante de la fase de consolidación es la continuidad del tratamiento.

Para asegurar la regularidad del tratamiento de los casos registrados, pueden usarse los siguientes medios :

a) equipos móviles de tratamiento, dotados de automóviles, bicicletas u otros medios de transporte y repartidos en distintos circuitos ;

b) ambulatorios en los que el personal paramédico encargado del tratamiento pase consulta en días fijos ;

c) dispensarios de dermatología ;

d) dispensarios ambulantes de dermatología (servicios móviles) ;

e) colonias de leprosos en los países donde la población está muy dispersa y no pueden utilizarse los equipos móviles ;

f) servicios de encuestas, educación sanitaria y tratamiento dependientes de un hospital general, un dispensario o un centro de sanidad. Si las circunstancias lo exigen, estos servicios pueden encomendarse a personal paramédico dirigido por un médico ;

g) grupos de trabajo como el establecido en el Brasil, bajo la dirección de un leprólogo que inspeccione las actividades de los médicos no especializados y de algunos auxiliares sanitarios, y

h) todas las instituciones no gubernamentales que estén dispuestas a colaborar en la campaña, a condición de que acaten las normas y las instrucciones de las autoridades sanitarias. La función de las instituciones especiales de lucha contra la lepra se examinará más adelante.

3) *Fase de integración*

El tratamiento de los leprosos debe integrarse en la actividad normal de los centros sanitarios tan pronto como éstos hayan llegado a un grado suficiente de desarrollo.

Al principio, la búsqueda de casos y las encuestas de verificación estarán a cargo del personal especializado en lepra pero, una vez que la integración sea completa, esas funciones pasarán a formar parte de la actividad general de los centros de sanidad.

En los casos en que la campaña contra la lepra se haya iniciado con la ejecución de un proyecto piloto, se podrá estudiar la posibilidad de ampliarla cuando lo permitan las disponibilidades de personal y los medios económicos.

Funcionamiento de las zonas y los proyectos piloto

En los países donde las campañas en masa se organicen para todo el territorio, deberán establecerse zonas piloto para la evaluación de los resultados. En otros muchos países el único medio eficaz de organizar una campaña contra la lepra es empezar por un proyecto piloto e ir extendiéndolo gradualmente a la totalidad del territorio. Cuando se establezca una zona piloto conviene tener en cuenta los siguientes principios :

a) La extensión territorial de la zona no debe exceder de 20 000 km², pues si fuera mayor los servicios sanitarios tendrían dificultades para tratar a todos los enfermos y el jefe de zona no podría hacer sus inspecciones con la periodicidad necesaria ;

b) la población debe ser a lo sumo de 500 000 habitantes. La zona piloto de Khon Kaen (Tailandia), por ejemplo, que tiene 600 000 habitantes, representa un máximo de población que resulta ya difícil de atender. Si la densidad de la población es grande, será necesario reducir la extensión de la zona piloto ;

c) ésta deberá estar en una región del país donde la tasa de frecuencia estimada sea superior a la media nacional y nunca donde sea inferior ;

d) en el centro de población más importante de la zona piloto deberá haber un hospital o un leprocomio para los casos agudos, y un laboratorio provisto de los medios necesarios para practicar exámenes bacteriológicos y, a ser posible, histopatológicos, y

e) el médico director de los trabajos en la zona piloto debe tener conocimientos suficientes de leprología y salud pública, para asegurar la eficaz ejecución del proyecto.

Al principio de la campaña y durante el periodo de mayor intensidad de los trabajos es posible que las actividades desplegadas en la zona piloto no sean las mismas que resultarán necesarias en la fase de consolidación. Los trabajos emprendidos en la zona piloto deben permitir la obtención de los siguientes datos :

1) Durante la encuesta inicial :

a) el mapa de la región, con indicación del número de habitantes y de su distribución en los núcleos de población, de las vías de comunicación, de la situación de los centros de tratamiento y de los itinerarios de los grupos móviles ;

b) el censo de los leprosos clasificados con exactitud según las diferentes formas clínicas de la enfermedad y por sexo, edad y grupo étnico, y la distribución de los enfermos en los distintos poblados ;

c) el censo de leprosos inválidos, clasificados a ser posible por el grado de invalidez, y

d) información sobre todos los factores epidemiológicos que pueden haber contribuido a la situación general (tratamientos anteriores con indicación de los métodos seguidos, vacunaciones anteriores con BCG, etc.);

2) Durante la ejecución del proyecto :

a) número de personas examinadas al año ;

b) número de casos de lepra encontrados (clasificados en la forma antedicha) ;

c) censo de los contactos domésticos de los leprosos, con indicación del resultado de los exámenes periódicos ;

d) número de casos, clasificados en la forma antedicha, que están sometidos a las diferentes pautas de tratamiento adoptadas (con indicación de los enfermos sometidos a tratamiento regular) ; *

e) mejorías consecutivas al tratamiento evaluadas a base de las observaciones clínicas y bacteriológicas ; número de altas y de recaídas (clasificadas en grupos, en la forma antedicha), y

f) número de defunciones, número de enfermos venidos de otras regiones o que han trasladado su residencia fuera de la zona y número de casos cuyo rastro se ha perdido. Es conveniente hacer indagaciones sobre la importancia de la inmigración de enfermos.

3) Al terminar el proyecto y en el examen subsiguiente :

a) número de casos que siguen en tratamiento ;

b) número de casos que siguen en observación, sin tratamiento ;

c) tanto por ciento de casos de invalidez residual, y

d) frecuencia total de la enfermedad que resulte de un nuevo examen de la población, practicado en las mismas condiciones que el efectuado antes de empezar el proyecto.

Personal de la campaña contra la lepra

El jefe nacional de la campaña tendrá a su cargo la dirección de las actividades, la formación y los destinos del personal y la obtención de los datos estadísticos necesarios para la evaluación de los resultados.

Los directores de sector deben ser médicos con experiencia de leprología, y tendrán a su cargo la distribución de los medicamentos, la obtención

* Según las conclusiones de la Conferencia Interregional de la OMS celebrada en Tokio y de la Conferencia sobre Lepra en Africa, Brazzaville, el tratamiento regular corresponde a la siguiente definición : « Se considerará que un enfermo sigue el tratamiento con regularidad si se presenta en el centro de tratamiento por lo menos el 75 % de las veces que se le convoca. »

de datos estadísticos y su transmisión al jefe nacional de la campaña. La extensión de los sectores variará de unos países a otros y sus límites podrán coincidir con los de los estados, las provincias, etc.

Los sectores estarán subdivididos en distritos, en cada uno de los cuales habrá un director médico que ayudará al personal paramédico en las situaciones difíciles.

En muchos países hay dos o más categorías de personal paramédico y dos grados distintos de preparación, por lo menos. El personal paramédico del grado superior debe estar preparado para desempeñar los siguientes menesteres :

- a) establecer el diagnóstico clínico de los casos nuevos ;
- b) conocer las reacciones provocadas por los medicamentos y saber cuándo debe suspenderse el tratamiento ;
- c) poner inyecciones intramusculares y tomar frotis de mucosa nasal o de lesiones cutáneas por el método ordinario (incisión y raspado), y
- d) llevar el registro de enfermos ; anotar las asistencias a las sesiones de tratamiento ; dar cuenta periódicamente del número de enfermos que siguen el tratamiento con regularidad ; llevar una relación nominal de los enfermos que han dejado de seguir el tratamiento, de los que lo han comenzado y de los que lo han reanudado ; llevar las fichas clínicas de casos nuevos y anotar las mejorías observadas.

El personal de categoría inferior sólo necesita un adiestramiento rudimentario. Bastará que sepa leer y escribir para llevar el registro de enfermos y para anotar los tratamientos, y que conozca las reacciones desfavorables a los medicamentos para interrumpir su administración en caso necesario. Este personal estará encargado de la administración del tratamiento y de las curas, y debe tener sentido de responsabilidad suficiente para desempeñar su cometido con escrupulosidad.

Todo el personal paramédico deberá tener conocimientos de educación sanitaria para poder dar a los enfermos y a sus familiares las instrucciones que sean necesarias. Los servicios de asistencia social deberán participar también en las actividades de educación sanitaria instruyendo a la población en lo relativo a la lepra y a las campañas contra la enfermedad.

Son muchas las personas que, sin estar destinadas expresamente en la campaña antileprosa, pueden colaborar con eficacia en el tratamiento de los enfermos y contribuir a que asistan regularmente a los centros de tratamiento. Se cuentan entre esas personas :

- a) los médicos generales y de los hospitales ;
- b) los médicos y el personal de sanidad de los servicios rurales, que pueden encargarse de la administración de medicamentos (tabletas o inyectables), y

c) las personas que, sin tener títulos facultativos, tienen conocimientos suficientes para encargarse de la distribución de los medicamentos que se administran por vía oral.

Evaluación de los resultados de las campañas

En algunos países los servicios nacionales podrán evaluar por sus propios medios los progresos conseguidos en la campaña, pero en otros — sobre todo, en los que hayan emprendido campañas en masa — las circunstancias pueden hacer necesaria o aconsejable la ayuda de equipos de evaluación de la OMS. Esos equipos deben estar compuestos por un leprólogo y un estadígrafo auxiliados de personal local.

A su llegada al país y después de analizar los datos disponibles, el leprólogo y el estadígrafo determinarán, con ayuda de los servicios locales, la zona más favorable para emprender las actividades de evaluación; seleccionarán además el personal local y le instruirán en el desempeño de las funciones que le incumban.

El equipo estudiará una muestra de población escogida al azar con objeto de determinar:

- a) el número de casos dados de alta y el de recaídas;
- b) el grado y el tipo de las incapacidades físicas con arreglo al sistema de clasificación que se propone más adelante;
- c) la tasa de prevalencia;
- d) los casos nuevos diagnosticados desde el comienzo del proyecto;
- e) los resultados del examen periódico de los contactos, y
- f) el número total de casos tratados y el de enfermos sometidos a tratamiento regular.

Con objeto de facilitar el análisis estadístico de esos datos es necesario registrarlos cuidadosamente en fichas perforadas de un modelo convenido de antemano.

5. TERAPEUTICA

No ignora el Comité que la quimioterapia antileprosa se funda en general en el empleo de medicamentos del grupo de las sulfonas. De éstas, la sulfona madre (DDS) es la de aplicación más difundida por su eficacia, su fácil administración y su bajo costo.

La DDS tiene además la ventaja de poder utilizarse a intervalos convenientes en el tratamiento individual y a intervalos relativamente mayores

en las campañas en masa. Por otra parte, su escasa toxicidad en las dosis terapéuticas permite confiar su administración al personal paramédico.

El Comité reconoce, sin embargo, que otros medicamentos, como la tiosemicarbazona, han resultado activos en el tratamiento de la lepra. También se ha estudiado y sigue estudiándose la eficacia de los compuestos de tiourea, del diaminodifenilsulfóxido, de los mercaptanos, de las sulfonamidas de acción prolongada y de ciertos antibióticos. Algunos de los informes recibidos sobre esos medicamentos son muy alentadores.

Tratamiento en masa

Se entiende por tratamiento en masa el tratamiento de gran número de enfermos por métodos uniformes cuya aplicación se confía al personal paramédico, bajo la dirección de facultativos.

La DDS es en la actualidad el medicamento más eficaz para las campañas en masa, y se usa en forma de tabletas o de inyectables según las condiciones geográficas, el grado de preparación del personal encargado del tratamiento, las disponibilidades económicas y ciertos factores sociales y psicológicos. La obtención de nuevas preparaciones de DDS o el descubrimiento de medios de suspensión más eficaces para los preparados de acción retardada pueden influir en la elección, en la dosificación y en la periodicidad de los tratamientos actualmente empleados.

Es conveniente que los enfermos tomen las tabletas en presencia de la persona encargada de repartirlas. Puede ocurrir, sin embargo, que en algunos casos no haya más remedio que entregar a los enfermos una cantidad suficiente de tabletas para que continúen el tratamiento en su domicilio durante algún tiempo, que se procurará sea lo más corto posible. Las tabletas se tomarán una vez por semana empezando con una dosis pequeña, por lo general de 50 mg, que se irá aumentando progresivamente hasta llegar al cabo de varias semanas a la dosis máxima de 600 mg.

Las suspensiones inyectables de acción retardada suelen contener 0,250 g de DDS por cc. Las inyecciones deben repetirse de quince en quince días, empezando por 1 cc, y aumentando progresivamente hasta una dosis máxima de 5 cc, a la que, sin embargo, no podrá llegarse en algunos casos para evitar reacciones de intolerancia.

Evaluación de las mejorías observadas durante el tratamiento

En el caso de que los enfermos en tratamiento sean examinados periódicamente por personal médico (v. gr. en las leproserías, los hospitales y los ambulatorios), es decir en los establecimientos donde normalmente hay médicos o enfermeras de servicio o encargados de examinar a los enfermos, conviene, a juicio del Comité, atenerse a ciertos criterios para

decidir si ha habido mejoría en el estado de un enfermo. De ese modo será posible hacer una evaluación adecuada o cuando menos razonable y reducir al mínimo las conclusiones erróneas.

El Comité propone que la evaluación se funde, cuando menos, en un minucioso examen clínico, en el curso del cual se tendrán especialmente en cuenta los siguientes extremos :

- a) los resultados del examen bacteriológico ;
- b) la reducción de las lesiones elevadas y la disminución del eritema ;
- c) la falta de lesiones nuevas y la limitación de las antiguas ;
- d) la presencia o la ausencia de engrosamiento de los nervios, de sensibilidad cutánea y dolores neurálgicos y la estabilización de las zonas de anestesia ;
- e) el cese o la resolución de las manifestaciones de reacción, y
- f) la estabilidad o el aumento del peso corporal.

Cuando sea posible, se examinarán también fotografías clínicas comparativas.

Ensayos de medicamentos nuevos

En todos los ensayos de medicamentos nuevos deberá participar un grupo testigo sometido a un tratamiento de eficacia comprobada (con DDS, por ejemplo). Los ensayos se organizarán con arreglo a principios estadísticos adecuados, durarán por lo menos dos años y abarcarán los diferentes tipos de lepra, quedando entendido que el tratamiento experimental deberá interrumpirse en todos los casos en que, transcurrido un tiempo prudencial, no haya mejorado el cuadro clínico o se haya observado un empeoramiento. Es preferible que los enfermos elegidos para el ensayo no hayan recibido ningún tratamiento previo pero, aunque así fuera, no habrá que excluirlos del grupo testigo ni del grupo de experimentación mientras estos dos grupos sean comparables. Para facilitar y confirmar la evaluación clínica, que deberá comprender una evaluación del cuadro bacteriológico con arreglo a índices convenidos, convendrá disponer de fotografías seriadas en blanco y negro y, a ser posible, en color.

El Comité recomienda que la OMS colabore en la práctica de investigaciones quimioterapéuticas controladas, que deben llevarse a cabo simultáneamente en varios centros de distintas partes del mundo.

El Comité recomienda, además, que la OMS prepare un protocolo en el que se enuncien las normas y las instrucciones que hayan de seguirse en los ensayos. Se incorporarán en ese protocolo todas las garantías que exija el interés de los enfermos, sobre todo en lo que se refiere a la toxicidad de los medicamentos y a su tolerancia.

6. REHABILITACION DE ENFERMOS INVALIDOS

Definición

Se entiende por rehabilitación el restablecimiento, en lo posible, de la aptitud física y mental de todos los enfermos tratados para reanudar su vida normal, de manera que puedan volver a ocupar su puesto en la familia, en la sociedad y en la economía. Para conseguir este fin, el tratamiento de las incapacidades físicas es a todas luces necesario y debe ir acompañado de una educación adecuada del enfermo de su familia y de la población en general, que no sólo permita al paciente reanudar sus actividades normales, sino que haga que la sociedad vuelva a admitirlo en su seno y contribuya a su total restablecimiento.

El Comité hizo hincapié en que la rehabilitación no equivale a la creación de asilos para inválidos. Más bien podría decirse lo contrario, aunque es forzoso reconocer que algunos de los enfermos admitidos en los centros de tratamiento no podrán por diversos motivos (v. gr. por padecer ceguera, o no tener familia ni casa) reintegrarse a su medio anterior. Para simplificar, puede darse a esos casos la denominación de « casos residuales ».

Principios generales

El Comité encarece la conveniencia de que la rehabilitación se lleve a cabo en el medio habitual del enfermo. Los centros de rehabilitación propiamente dichos deben utilizarse para la formación de personal y para demostraciones y trabajos de investigación.

La readaptación psicológica del enfermo debe hacerse durante el tratamiento e incumbe a las personas encargadas de la asistencia. Su devolución a la familia y a la sociedad habrá de ser preparada, en definitiva, por el personal encargado del programa de educación sanitaria sobre la lepra.

Amplitud del problema

A juzgar por las cifras disponibles, alrededor de un 25 % de los casos de lepra van acompañados de una incapacidad física y muchos de ellos necesitan el correspondiente tratamiento de rehabilitación. La rehabilitación social y psicológica, en cambio, puede ser necesaria hasta para los enfermos que no padecen ninguna incapacidad física.

Sería muy de desear que se evaluaran con precisión las proporciones del problema de las incapacidades físicas consecutivas a la lepra. Esa evaluación debería fundarse en los datos que se obtuvieran de todos los países donde la lepra es endémica pues, según parece, la gravedad y la naturaleza de las incapacidades varían de un país a otro. Convendría,

por tanto, pedir a esos países que determinen el número de leprosos inválidos y que analicen las deformidades con arreglo al sistema de clasificación que se propone más adelante. Ese análisis sería más útil si se hiciera con relación al tipo de lepra y al sexo y la edad de los enfermos, pues todavía no se sabe cuál es el tipo de lepra polar más peligroso desde este punto de vista, ni en qué medida influyen los riesgos profesionales y los hábitos de los enfermos en la naturaleza de la incapacidad.

Métodos

El Comité encarece la importancia de administrar a los enfermos un tratamiento precoz, dedicando especial atención a la anestesia de las manos y de los pies, con lo que se evitará seguramente la aparición de deformidades.

Hay que hacer siempre hincapié en la necesidad de instruir debidamente a todos los enfermos y a sus patronos. Aunque el grado de instrucción de una parte del personal paramédico puede ser un obstáculo para conseguir este fin, ese personal debe enseñar a todos los enfermos a proteger debidamente sus manos y sus pies, a evitar las lesiones que tan fácilmente se producen cuando hay anestesia, a cuidar las heridas de poca gravedad para impedir que se infecten y a reducir por medio de ejercicios sencillos las deformaciones incipientes.

Las deformidades más avanzadas pueden corregirse mediante el tratamiento quirúrgico y fisioterapéutico acompañado de ejercicios de reeducación.

La fisioterapia puede por sí sola hacer innecesario el tratamiento quirúrgico si la deformidad no está muy avanzada y, en otros casos, facilita la intervención del cirujano y permite obtener mejores resultados postoperatorios. Aplicada después del tratamiento quirúrgico, restablece la movilidad de las manos y los pies y coadyuva a la reeducación de los músculos que tienen que asumir funciones nuevas.

El número de cirujanos con la experiencia necesaria es limitado, como lo es el número de centros en los que puede practicarse esta cirugía reparadora. Parece conveniente reservar este tipo de intervenciones a los cirujanos especializados que deberán practicarlas de preferencia en los servicios especiales de los hospitales o en las clínicas y establecimientos donde pueda administrarse tratamiento fisioterapéutico antes y después de la operación.

La ergoterapia es necesaria cuando no puede esperarse ninguna mejoría con el tratamiento quirúrgico o fisioterapéutico y, para algunos enfermos, después de la intervención quirúrgica. En ciertos casos puede ser necesaria una adaptación especial a las condiciones locales de trabajo, por ejemplo, la modificación de las herramientas que hayan de utilizar los enfermos cuya prensión se haya alterado como consecuencia del tratamiento quirúr-

gico. Al adoptar cualquier medida de ergoterapia, se tendrá muy presente la necesidad de que no entrañe ningún peligro para los enfermos que siguen teniendo las manos insensibles y por consiguiente muy expuestas a lesiones traumáticas.

Además de estos métodos, que se complementan recíprocamente, será preciso, no sólo aplicar las medidas educativas antes citadas, que permitirán al paciente reintegrarse a su medio social sin excesiva desconfianza, sino encarecerle que extreme las precauciones al usar las manos y los pies que, como consecuencia de su mayor agilidad de movimientos, estarán más expuestos a una lesión grave. En ese caso están, por ejemplo, las personas que, habiendo recuperado la movilidad de los dedos, los tienen todavía insensibles y se sirven de ellos para retirar del fuego utensilios de cocina muy calientes.

Clasificación de las deformidades

Para que pueda evaluarse con precisión la importancia de este problema en distintos países, el Comité propone el siguiente sistema de clasificación y recomienda que, en lo posible, los datos obtenidos se estudien en relación con el tipo de lepra, la edad y el sexo de los enfermos.

Sistema de clasificación por grados de las incapacidades físicas causadas por la lepra

A. Manos

- Grado 1 — Analgesia.
- Grado 2 — Mano en garra movable. Pulgar utilizable.
- Grado 3 — Parálisis intrínseca de todos los dedos o de todos menos el pulgar, acompañada de contractura.
- Grado 4 — Mutilación parcial de los dedos, que siguen siendo utilizables en parte de su longitud.
- Grado 5 — Mutilación grave en la que sólo quedan los muñones.

B. Pie

- Grado 1 — Anestesia.
- Grado 2 — Mal perforante (curado o sin curar).
- Grado 3 — Parálisis (« pied tombant » o dedos en garfio).
- Grado 4 — Mutilación parcial del pie (pérdida de menos de un tercio de la superficie plantar).
- Grado 5 — Mutilación grave (pérdida de más de un tercio del pie).

C. *Cara*

Tipo 1 — Estigmas permanentes de lepra, sin aspecto repulsivo (alopecia de las cejas, deformidad de las orejas).

Tipo 2 — Aplastamiento de la nariz.

Tipo 3 — Parálisis de los párpados, incluso el lagofthalmos y la parálisis del nervio facial.

Tipo 4 — Pérdida de la visión en un ojo o visión borrosa en los dos (el enfermo puede contar dedos).

Tipo 5 — Ceguera.

D. *Varios*

Tipo 1 — Ginecomastia.

Tipo 2 — Lesiones laríngeas.

Nota : A los efectos de registro conviene indicar si las lesiones especificadas en los epígrafes A, B y D. 1 son unilaterales o bilaterales.

Investigaciones

El Comité recomienda que sigan estudiándose las posibilidades y los medios de evitar y de corregir las deformidades y propone que se dedique atención particular a los siguientes extremos :

a) la naturaleza de las causas que provocan las deformidades ;

b) la determinación de los factores físicos y anatómicos que determinan la distribución de las parálisis y de las deformidades en los casos de lepra ;

c) los peligros inherentes a la anestesia y la naturaleza de la susceptibilidad particular de los miembros con trastornos de la inervación (alteraciones tróficas) ;

d) el establecimiento de un programa práctico de prevención y corrección de mutilaciones, aplicable en particular a los niños de corta edad de los países donde la lepra es muy frecuente y los recursos médicos son limitados, y

e) la utilidad de la cirugía plástica.

Función de los leprocomios

En la actualidad, se tiende a admitir en los leprocomios a enfermos de tres clases : los que deben recibir un tratamiento activo en régimen de hospitalización, los que han de seguir un tratamiento de rehabilitación y van a ser dados de alta al poco tiempo y los casos residuales cuya permanencia en el establecimiento se debe sobre todo a las consecuencias sociales

de su estado físico. Las principales funciones de los leprocomios deben estar adaptadas, por consiguiente, al cuidado y al tratamiento de los casos activos que necesitan una estrecha vigilancia y una atención especial y a la rehabilitación de los enfermos mediante la aplicación de medidas adecuadas.

Se debería invitar a las entidades no gubernamentales a que dedicaran atención particular a la rehabilitación, toda vez que su personal está, por vocación, muy capacitado para esa labor.

7. ENSEÑANZA Y FORMACION PROFESIONAL EN LEPROLOGIA.

EDUCACION SANITARIA

Enseñanza y formación profesional del personal médico

Enseñanza universitaria. En los países donde la lepra plantea un problema sanitario, los estudiantes de medicina deben adquirir conocimientos suficientes, lo mismo teóricos que prácticos, de leprología en el curso de sus estudios de dermatología y medicina preventiva. Al terminar estas asignaturas, los alumnos deben haber visto un número de enfermos suficiente para poder identificar las diversas formas clínicas de la lepra y deben estar al corriente de las técnicas de diagnóstico más sencillas y de uso más frecuente (pruebas de sensibilidad cutánea, reacción de la lepromina, frotis, teñidos, etc.), y de los métodos de tratamiento incluso los del tratamiento de las reacciones leprosas.

Cursillos de repaso para médicos generales. Estos cursillos deben organizarse periódicamente en los países donde la lepra tenga carácter endémico.

Cursos especiales de leprología para los médicos que vayan a trabajar en las campañas contra la lepra. La duración de estos cursos dependerá de los conocimientos que tengan los alumnos y podrán ser más breves en el caso de los dermatólogos, los médicos de salud pública y los médicos generales de los países donde la endemidad de la lepra es muy elevada. Los cursos a tiempo completo son preferibles a los cursos a tiempo parcial.

Estos cursos especiales sólo pueden organizarse en los leprocomios que dispongan del material didáctico y los servicios de laboratorio necesarios, así como de enfermos de lepra en número suficiente.

Enseñanzas de perfeccionamiento para los médicos que han trabajado ya en campañas contra la lepra. El Comité hace suyas las recomendaciones

formuladas por la Conferencia Interregional de la OMS sobre Lepra, celebrada en Tokio el año 1958, y por la Conferencia sobre la Lepra en Africa, que se celebró en Brazzaville al año siguiente, y recomienda a su vez encarecidamente a la OMS que organice a intervalos adecuados cursos internacionales en leprocomios escogidos al efecto.

Enseñanza y formación profesional del personal paramédico

El personal paramédico de formación más completa es de capital importancia en las campañas en masa contra la lepra. Este personal debe recibir una instrucción adecuada, en el curso de la cual se le darán los conocimientos teóricos esenciales y una intensa preparación práctica. La duración de los cursos dependerá del grado de instrucción de los alumnos y variará de un país a otro.

Algunos países prefieren organizar cursos de este tipo para enfermeros generales y para el personal auxiliar de los servicios de sanidad; otros prefieren reservarlos para personas que, sin haber recibido ninguna formación especial, tengan una cultura general suficiente.

El personal paramédico de categoría inferior sólo necesita una instrucción teórica limitada, pero debe adquirir la práctica necesaria trabajando a las órdenes del personal de más categoría.

En los países donde la lepra plantea problemas graves deberá darse alguna instrucción en leprología al personal paramédico de los centros sanitarios (parteras inclusive).

Enseñanza y formación profesional de asistentes sociales

El personal médico de la campaña dará a los asistentes sociales algunas enseñanzas de leprología con objeto de que puedan colaborar eficazmente en la educación sanitaria de la población.

Educación sanitaria en materia de lepra

A juicio del Comité la expresión « educación sanitaria » es, por lo que se refiere a la lepra, más adecuada que el término « propaganda ». Este, en efecto, lleva implícito el propósito de imponer una idea o conseguir su aceptación general, cualquiera que sea su acierto, mientras que la « educación sanitaria » tiende, como su nombre indica, a enseñar la manera de abordar debidamente el problema.

Los prejuicios contra la lepra tienen raíces muy hondas y van unidos a la creencia de que la enfermedad es incurable y muy contagiosa y conduce inevitablemente a la mutilación.

La educación sanitaria en materia de lepra ha de perseguir los siguientes objetivos :

a) persuadir a los enfermos y a la población en general de que la enfermedad puede curarse en sus primeras fases, sobre todo cuando aún no han aparecido las deformidades, y

b) demostrar a la sociedad que la adopción de una actitud más liberal con los enfermos de lepra no le irrogará ningún perjuicio y que, por razones de humanidad y en interés de la campaña, es preciso reintegrar a esos enfermos en el seno de la colectividad, aunque padezcan deformidades.

Todas las personas que intervienen en el tratamiento de la lepra o se ocupan de los leprosos saben que la enfermedad es transmisible, pero que en lo esencial no difiere de cualquier otra. En la mayoría de los casos es en realidad menos contagiosa que otras muchas infecciones y su curación es ya posible. Es menester que los médicos sepan diagnosticar la lepra en sus primeras fases y tratarla o, cuando menos, tomar las disposiciones necesarias para su tratamiento pero, si toda la labor de educación sanitaria que se haga en esta materia ha de reducirse a la que hagan los médicos en sus relaciones normales con los enfermos, la difusión de los conocimientos será muy limitada. La mayor parte de ese trabajo incumbe necesariamente al personal paramédico y a los asistentes sociales, que son los que se encargan de la visita domiciliaria a los enfermos y los que guardan contacto con la población en general. La acción educativa de ese personal no será eficaz sin el convencimiento sincero de que la lepra no es una enfermedad social. Ese convencimiento es, por tanto, una condición que debe exigirse a cuantos vayan a participar en el programa general.

La manera más eficaz de ganar la confianza de la población es informarla de los progresos conseguidos en el tratamiento de los enfermos, especialmente cuando el diagnóstico y el tratamiento se hacen con la suficiente prontitud.

En todas las etapas del programa de educación sanitaria debe encarecerse la importancia de los siguientes extremos :

a) la conveniencia de que las personas que tengan cualquier lesión sospechosa la hagan examinar por un profesional competente, y

b) la necesidad de que el enfermo, por su propio bien, siga los consejos que se le den sobre la regularidad con que debe observar el tratamiento y sobre la manera de evitar las incapacidades físicas y las deformidades.

Complemento de éstas y de otras medidas del programa educativo son las conferencias públicas, los artículos periodísticos, las charlas radiofónicas, los carteles, los folletos, las películas documentales y otros medios de instrucción visual. Para todas estas actividades se recabará la colaboración de expertos en educación sanitaria que estén al corriente de las condiciones locales.

8. CLASIFICACION

El Comité toma nota de que en el Séptimo Congreso Internacional de Leprología celebrado en Tokio el año 1958 no se llegó a un acuerdo sobre las modificaciones propuestas y se recomendó que la clasificación oficial de los casos de lepra adoptada en el Congreso anterior (el de 1953, en Madrid) no se modificara mientras no se llevaran a cabo nuevos estudios sobre la relación existente entre las observaciones clínicas y las histopatológicas. En consecuencia, deben seguir empleándose las definiciones establecidas en el Congreso de Madrid para los dos tipos polares, el lepromatoso y el tuberculoide, y para los otros dos grupos admitidos, el indeterminado y el borderline (dimorfo).

El Comité tiene el firme convencimiento de que debe seguir dándose prioridad en la clasificación a los criterios clínicos (incluyendo los resultados de los exámenes bacteriológicos cuando sea posible practicarlos), y reconoce la necesidad de evitar que de un congreso a otro se introduzcan en la clasificación cambios radicales, que sembrarían la mayor confusión y neutralizarían todos los esfuerzos desplegados para llegar al empleo universal de una terminología uniforme. El Comité conviene, por otra parte, en que la clasificación actual puede mejorarse en sus detalles y acaso en lo que respecta al número de formas clínicas que deben admitirse.

En opinión del Comité, las dificultades que se encontraron para el examen de la propuesta presentada en Tokio respecto a la admisión de dos nuevos subgrupos, el maculoanestésico y el polineurítico puro (la admisión del primero obligaría a una revisión total de la clasificación de las lesiones maculares simples) obedecieron probablemente a dos factores: la imprecisión en la delimitación de esos grupos y la falta de una idea clara de las consecuencias que su admisión tendría para los principios fundamentales de la clasificación. El Comité recomienda que los partidarios de esas modificaciones publiquen su parecer y las razones en que lo fundan, y que los adversarios den a conocer también sus objeciones, con la antelación suficiente para que el asunto pueda examinarse a fondo antes del Octavo Congreso Internacional que se celebrará en Brasil en 1963.

El Comité expresa su inquietud por la confusión a que ha dado lugar en los últimos años la aplicación de los términos « dimorfo » y « borderline » a ciertos casos, especialmente maculares y neuríticos, no comprendidos en la descripción del grupo « borderline » (dimorfo), que sirvió de base a la clasificación del Congreso de Madrid. El Comité recomienda que se respete la decisión tomada sobre el particular por el Congreso de Tokio y que, mientras no se acuerde en un Congreso ulterior modificar la clasificación vigente, se usen términos diferentes y distintivos para designar las variedades de lepra que no parezcan estar comprendidas en la clasificación de Madrid.

El Comité toma nota de la recomendación formulada por la Comisión de Clasificación del Congreso de Tokio para que se recabe de la OMS la adopción de disposiciones que le permitan contribuir a la solución de los problemas de clasificación pendientes, antes de que se reúna el próximo Congreso Internacional.

9. INVESTIGACIONES SOBRE LEPRA

El bacilo de la lepra no puede cultivarse todavía ni hasta la fecha se ha conseguido transmitir la infección a un animal de experimentación. El logro de cualquiera de esos objetivos abriría nuevas perspectivas para la solución de numerosos problemas. Convendría asimismo seguir investigando otras cuestiones. En consecuencia, el Comité expresa su satisfacción por el interés que la 12ª Asamblea Mundial de la Salud ha manifestado en las investigaciones sobre lepra.

10. LEGISLACION

El Comité se suma sin reservas a la opinión expresada en conferencias recientes sobre la conveniencia de que las autoridades sanitarias consideren la lepra como cualquier otra enfermedad transmisible y adopten sus disposiciones en consecuencia. Todas las disposiciones legislativas de carácter especial contrarias a ese principio deben ser derogadas.
