

NOTICIAS

Programa de Control de La Lepra en el Uruguay Plan Quinquenal — 1980 — 1985

Introducción

La Enfermedad de Hansen es una enfermedad endémica en el Uruguay. Desde 1898 en que se efectuara la primera encuesta hasta 1964 no se efectuó una estadística que posibilitara obtener una idea clara sobre su incidencia. En 1929 una cifra estimativa de 228 casos no ha sido confirmada. En 1964 una comisión designada por el Ministerio de Salud Pública cuyo trabajo fue centralizado en el aquel entonces llamado Servicio de Lepra, informó de 364 enfermos. La técnica utilizada en el trabajo de esta comisión, fue la de recurrir fundamentalmente a la fuente médica. Se obtuvieron datos de todos los Centros Departamentales y de todos los Centros Asistenciales Públicos y Privados. Se recurrió asimismo a los archivos de la Sección Estadística del M.S.P. y del Concejo Departamental de Montevideo (Actual Municipio). Se han efectuado reiteradas entrevistas con los distinguidos médicos del Interior y se han llevado a cabo varias mesas redondas en capitales de los departamentos más afectados, con el cuerpo médico local. Todo ello nos inclina a catalogar el resultado de la encuesta como ampliamente satisfactoria y tenerlo como expresión de una realidad sanitaria valedera. Desde entonces a la fecha y en forma periódica se ha visitado el área endémica de la República y se ha llegado a una cifra de 594 enfermos registrados. El Centro de registro en

el Instituto Hanseniano, única dependencia oficial del M.S.P. que rige toda la actividad concerniente a la Lepra en el Uruguay. Es el lugar de investigación, tratamiento e internación de los enfermos, y se halla ubicado en la Capital — Montevideo.

En el Interior de la República hay enfermos tratados en los hospitales Regionales y privadamente pero que son controlados a través del cuerpo médico del Instituto.

Es importante destacar que los internados constituyen menos del 10% del número total de enfermos y que como luego se verá la mayor incidencia es en los Departamentos (provincia) del Litoral Norte, linderos a la zona de mayor endemidad de la República Argentina.

Se piensa que la cifra estimativa de enfermos debe oscilar entre 1.200 y 1.500.

Dado que la encuesta de 1964 se basó fundamentalmente en la información médica, deberemos recurrir para completar el registro a los otros dos métodos de despistaje como son la investigación de los contactos y finalmente el control en masa de la población.

En el año 1978 y por dos veces, en julio y en setiembre, visitó el Uruguay el Consultor de la OPS/OMS Dr. Fernando M. Noussitou habiéndose efectuado con él un relevamiento de la situación. Su informe se adjunta.

Identificación y cuantificación del problema

El número de pacientes registrados y bajo control médico es en la actualidad de 594. Esta cifra difiere de la de Mayo del 78 en 54 lo que indica no un brote epidémico sino un mejor afinamiento en el diagnóstico. Se adjunta tabla estadística (Anexo 2).

Como se aprecia, queda ratificada la zona que abarcan los Departamentos de Artigas, Salto, Paysandú, Rio Negro y Soriano (Litoral) como la de mayor incidencia, y la capital Montevideo que es abonde muchos enfermos del Interior se trasladan y permanecen.

Es difícil de proveer, aun usando el coeficiente normal, cuantos enfermos pueden existir en el País. A medida que el cuerpo médico tome conciencia de la existencia de la enfermedad no hay duda que aparecerán muchos más casos que ahora permanecen en el anonimato.

Metas y objetivos propuestos

1. Detectar en el correr de los próximos 5 años el 90% de los casos existentes.
2. Lograr tener un 90% de los casos detectados bajo tratamiento luego de 2 años de campana.
3. Suministrar a todos los enfermos registrados y durante el tiempo que se requiera, la terapia necesaria, de acuerdo al criterio recomendado por el 5.º Comité de Expertos en Lepra de la OMS.
4. Mantener por lo menos a un 80% de los pacientes bajo tratamiento regular.
5. Deberá incrementarse la educación sanitaria sobre la lepra especialmente en el área de mayor endemicidad.

6. Deberá ser intensificado el tratamiento de las deformidades resultantes de la enfermedad y organizada esta atención médica con el fin de rehabilitar a los pacientes afectados.

Estrategia

Se implementará un programa de control vertical especializado aprovechando todos los recursos y estructuras existentes. La labor deberá ser concentrada en el área endémica.

El programa de control respetará la actividad pública y privada del cuerpo médico pero lo complementará con una serie de medidas sanitarias activas para que:

- a) No exista un alto número de enfermos fuera de control, domicilios equivocados y condiciones clínicas y bacteriológicas irreales de esos pacientes.
- b) Que no sea insuficiente el examen de contactos sobre todo en el caso de los pacientes lepromatosos.

Para que la actividad de la campana se concentre en las zonas de mayor endemicidad se crearán dos centros fijos que abarcarán esa zona y un equipo móvil que trabajará en coordinación con cada uno de esos centros regionales (en total 2 equipos móviles).

Para el funcionamiento de estos centros y equipos se contratará personal apropiado.

Cada equipo móvil deberá contar con un médico leprólogo, una asistente social o enfermera y un chofer, mientras que los puestos fijos deberán contar con un médico (eventualmente puede ser el mismo del equipo, un laboratorista y una enfermera).

Componentes del programa de control

El programa de control se regirá a dos niveles:

A) Central : Instituto Hanseniano "Dr. Ernesto Stirling" ;

B) Periférico, incluyendo los equipos móviles y los Centros Fijos.

El Instituto Hanseniano: Este Organismo central depende directamente del M.S.P. Sus funciones son:

1. La formulación del plan de lucha contra la lepra para un programa de control de la enfermedad.
2. Específicamente supervisar, coordinar y evaluar las actividades médicas y sanitarias para lograr los objetivos del programa nacional.
3. Crear y mantener al día el registro nacional de enfermos de lepra (Registro Central de los Enfermos) y sus contactos.
4. Otorgar adecuada instrucción y adiestramiento al personal médico y paramédico implementando correctamente las medidas de control de lepra.
5. Realizar estudios epidemiológicos para obtener informes fidedignos.
6. Adquirir y distribuir las drogas necesarias y controlar la utilización de las mismas.
7. Coordinar las actividades de todas las organizaciones existentes o se crearán en el futuro que cuiden de los pacientes y de sus familias.
8. Estudiar la presente legislación sobre enfermos de lepra con miras a la posible modificación de acuerdo a los modernos criterios médicos y epidemiológicos.

9. Aconsejar a organizaciones médicas y para médicas en el País en los aspectos que le conciernen en el enfoque del problema de la lepra.
10. Preparar el presupuesto para la campana de lucha contra la enfermedad.
11. Prestar internación a los enfermos que requieren terapia intensiva sobre todo a los de Reacción Leprosa.

Internación; serán internados en:

- a) nuevos casos altamente contagiantes
- b) casos reaccionales que necesitan una terapia intensiva
- c) pacientes con serias incapacidades físicas.

La duración de la internación no debe exceder los 3 meses y en casos excepcionales puede llegar a 6. El número de camas del Instituto Hanseniano es de 60.

C) Centros Fijos:

Serán distribuidos estratégicamente en el área endémica de tal forma que puedan detectar y tratar los casos ambulatorios de lepra que eonsulten voluntariamente o que sean enviados por otras instituciones de salud del área.

Desde el inicio del programa de control todos los casos confirmados deberán ser tratados:

- a) ambulatoriamente, en el centro donde fue diagnosticado
- b) enviado a otra policlínica acorde a los deseos del paciente
- c) en domicilio por los equipos móviles
- d) por médico particular.

Los Centros Fijos serán ubicados en lo posible en los locales de los hospita-

les polivalentes regionales. Los centros recibirán regularmente aguda técnica, suministros de drogas, equipos de diagnóstico y de rehabilitación etc. Deberá existir un flujo permanente de información entre el equipo móvil y el Centro Fijo y de éste al Instituto Hanseniano. El Centro Fijo funcionará como base operacional de su equipo móvil.

D) Equipos móviles serán creados dos que actuarán en el área correspondiente a su respectivo puesto fijo. El personal de cada equipo móvil estará integrado por un médico leprologo, asistente social y choffer. Las funciones del equipo móvil son :

1. Coordinar su actividad con los Centros Fijos.
2. Localizar y verificar las condiciones clinicas y bacteriológicas de los pacientes fuera de control y asegurar en lo posible regularidad en el tratamiento.
3. Detección de nuevos casos.
4. Establecer y mantener una relación con los médicos y dirigentes locales para obtener la cooperación e información mejor relacionada a programa de actividades.
5. Pomar los frotis para las baciloscopias. Reacción a la lepromina.
6. Distribuir la medicación a los domicilios de los pacientes cuando sea necesario.
7. Otorgar educación sanitaria.
8. Dar instrucciones precisas a los pacientes concernientes a la prevención y tratamiento de ias deformidades que aparecieren.
9. Decidir cuando los pacientes ambulatorios necesitan hospitalización por reacciones serias, incapacidades físicas u otras causas.

10. Cuando una operación especial requiere más de un equipo móvil, la tal puede combinarse y constituir para esa oportunidad los dos equipos una única unidad.

E) Información y estadística:

Dado el gran desplazamiento de los enfermos de una zona a otra deberá lograrse una información concreta sobre el lugar de residencia, regularidad del tratamiento, condición bacteriológica e información sobre contactos. El fichero central es actualmente incompleto y su reorganización implica la obtención de datos ente la periferia y el nivel central mediante una comunicación eficiente y rápida. Los datos esenciales a registrarse serán regularidad en el tratamiento, baciloscopia y examen de contactos.

F) Educación Sanitaria :

Debe ser parte integral de toda actividad de control de la enfermedad en orden de importancia la educación será dirigida a:

1. Paciente y familia.
2. Profesionales que ejercem privadamente o en especialmente mica.
3. Comunidades donde hay transmisión de enfermedad
4. Centros de Enseñanza

Los criterios más educación son :

Los criterios más importantes de la educación son:

1. Curabilidad de la enfermedad.
2. Poco contagio.
3. Necesidad de exámenes periódicos de los contactos.
4. No discriminación de pacientes en la colectividad.
5. Buena cooperación de la comunidad con el programa de Control.

G) Prevención y tratamiento de deformidades ; consiste en:

1. Información adecuada sobre el cuidado a fin de evitar deformaciones.
2. Cuidado de las deformidades existentes.
3. Rehabilitación.

En la zona endémica deberá existir por lo menos un centro con equipamiento y materiales especiales para la rehabilitación del enfermo de lepra.

H) Bacteriología e Histopatología :

A cada nuevo enfermo debe realizársele por lo menos un examen histopatológico de piei y bacteriológico de mucus nasal.

En el área endémica deberá existir personal y equipo apropiado para estos diagnósticos fundamentales.

I) Inmunología:

La lepromino reacción (Fernández y Mitsuda) lo harán los equipos móviles y los Centros Fijos cuyo personal lo leerá e incluirá en la ficha, de acuerdo a la recomendaciones del 4.º Comité de Expertos de la OPS/OMS de 1970.

J) Enseñanza y adiestramiento de personal:

El personal deberá adquirir adiestramiento adecuado. Será dirigido por el Instituto Hanseniano y con la cooperación de la OPS/OMS a través de convenios existentes por los que deberán llegar consultores en lepra y se otorgarán becas de estudio en el exterior.

Metodos de detección, clasificación y registro de casos

A) Los criterios empleados serán:

1. Examen de contactos.

2. Visita domiciliaria buscando casos desconocidos.

3. Examen de niños en las escuelas.

Examen de grupos especiales de población :

- a) personas que concurren voluntariamente a los centros de control;

- b) examen médico de personal militar

- c) examen de personas que llegan del exterior e interior desde zonas endémicas ;

- d) trabajadores en empresas industriales;

B) Clasificación:

Los enfermos deberán ser clasificados de acuerdo al informe del Comité de Expertos de la OPS/OMS de 1966 en : Lepromatosa, Tuberculoide, Borderline e Indeterminada.

C) Registro :

Todos los casos deben ser registrados e incorporados en el fichero central con la mayor cantidad de datos personales que sea posible.

Tratamiento y control:

El tratamiento será en base:

DDS, Clofazimine o Rifampicina. Se regirá de acuerdo al 5º Comité de Expertos de la OPS/OMS en 1976. En casos de reacción se usará también corticoesteroides, con la reseva expresada por el 4º Comité de Expertos de la OMS de 1970.

La talidomida se prescribirá en casos excepcionales en hombre y mujeres no fértiles. La duración del tratamiento está regido por las normas expresadas por el 4º Comité de Expertos de la OMS.

Requerimientos específicos:

A) Personal profesional, técnico, administrativo y personal general de servicio.

Profesionales : 3 médicos

Técnicos: 3 asistentes sociales
1 laboratorista
1 técnico en estadística

Administrativos : 2
Chofferes: 2

La función de los médicos será:

- Organizar el Centro Fijo Regional
- Estar en contacto con las autoridades de la salud locales
- Ser el jefe del equipo móvil regional
- Ser el responsable de toda la actividad de la zona de influencia del Centro Fijo
- Enviar informes periódicos exhaustivos a la dirección del programa del control
- Sugerir métodos de trabajo a la dirección del programa

Las asistentes sociales deberán ser residentes en el área en que trabajan.

Estos se obviarán en casos excepcionales por capacidad reconocida de la asistente o por falta en la zona de postulante.

Su función será:

- Detectar enfermos por signos sospechosos. El diagnóstico siempre será confirmado por el médico leprologo
- Localizar a los pacientes que abandonaron el tratamiento y asegurar su continuidad
- Tomar los frotis para la baciloscopia y tener en fecha la cartilla de tratamiento.

B) Transporte:

Se deberán usar dos vehículos que deberán cubrir las zonas del área endémica.

C) Equipos para los Centros Fijos y Móviles;

Cada equipo móvil deberá tener, equipamiento adecuado para el normal examen del paciente.

Cada Centro Fijo deberá contar con un microscopio y material para efectuar las baciloscopias.

D) Medicamentos:

Deberá contarse con un stock de medicamentos que asegure un tratamiento eficaz por lo menos durante 12 meses.

Plan de operaciones:

En realidad la campaña se ha iniciado hace un año en su faz informativa, de educación sanitaria y la etapa de relevamiento de casos en la zona endémica. Con la ayuda del Consultor Prof. Fernando M. Noussitou y posteriormente con la presencia de Celio Paula Motta se ha recorrido la zona del Litoral Norte y se ha establecido las pautas de la campaña.

La iniciación de la campaña de lucha en todos sus aspectos dará comienzo tan pronto como se obtenga el equipamiento (unidades móviles, microscopios, etc). Se piensa en un programa de 5 años de duración al fin de los cuales pueda vislumbrarse una erradicación de la enfermedad de nuestro Territorio (de 1980 a 1985).

La meta como ya fué dicho es de lograr detectar un 90% de los casos tomando en consideración el número estimativo.

Una evaluación del trabajo deberá hacerse a fines de 1980 repitiendo se al finalizar cada año subsiguiente. Si se

considera como cifra estimativa la de 1.200 enfermos, se estima llegar al final del quinquenio a un registro de 1.080.

Supervisión:

Es esencial una permanente supervisión a todos los niveles. Por lo menos cada 3 meses, la Dirección de la Campaña de control visitará las zonas de operaciones a fin de tener la visión exacta de la marcha de la campaña.

Esa Dirección informará al Ministro de Salud Pública de los resultados obtenidos periódicamente,

Investigación:

Dentro de los límites que los recursos posibiliten se realizará un programa de

investigación en los siguientes temas prioritariamente :

1. Tratamiento.
2. Epidemiología.
3. Inmunología.

Consideraciones finales:

Este programa de lucha contra la Lepra en el Uruguay se hará con la colaboración de la OPS/OMS, a través de su Oficina en nuestro País y las Instituciones Internacionales de ayuda. Asimismo se coordinará el trabajo con las Autoridades Sanitarias de la República Argentina, País éste con quien rige un acuerdo sanitario en la materia.

Problemas atuais da hanseníase (painel)

Associação dos Pesquisadores Científicos do Estado de São Paulo e Instituto de Saúde — CST — Secretaria de Saúde. São Paulo, 17 de março de 1981.

Otávio A. Mercadante: Importância

e oportunidade do tema; Walter Belda: Hanseníase no Estado de São Paulo; Thuioshi Ionedá: Bioquímica das micobacteriáceas; Abrahão Rotberg: Por que hanseníase?; Debates.

Associação Brasileira de Hansenologia Diretoria 1981-1982

Presidente: C. D. V. Bernardi; 1.º Vice-Presidente : Antonio Carlos Pereira Júnior ; 2.º Vice-Presidente : D. V. A. Opromolla; Secretários: Jair Ferreira, Leninha V. do Nascimento e Fátima M. R. Alves. Tesoureiros: Antonio Carlos Gerbase e Luci G. B. F. de Magalhães ; Conselho Deliberativo : R. G. Neves, W. Belda, L. A. N. Teixeira,

R. D. Azulay, A. Rotberg, Ruy N. de Miranda, S. Talhari, L. M. Bechelli, L. C. Pereira, J. Serruya, R. D. Azambuja, Domingos Silva, Jarbas A. Porto, Osmar Mattos e A. L. de Salles Filho ; Suplentes : José Trindade Filho e Lucio Bakos; Conselho Fiscal: André P. de Mesquita e A. Barbosa Lima; Suplentes : A. S. Diniz e Vanzer Nascimento.

II.º Encontro de Inspectores e Médicos Especialistas em Dermatologia Sanitária, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 15 de maio de 1981.

D. V. A. Opromolla : "Terapêutica em Hanseníase" ; Frank Duerksen :

"Reabilitação cirúrgica em Hanseníase".

**II Sesión ordinaria de la Sociedad Argentina de Leprología.
(Policlínico Intendente Carrasco, Rosario, Pcia. de Santa Fé). 13 de diciembre de 1980.**

Tema Central — Mesa Redonda sobre: Fisiopatología de la Reacción Hanseniana. Coordinador : Enrique L. Fliess (CEFYC, Luján) ; relatores: — Etiopatogenia de los episodios reaccionales: Ana Pacin (CEFYC, Luján) ; Histopatología de la reacción: Oscar Bianchi (Hospital F. J. Muniz, Buenos Aires) ; Aspectos inmunológicos de la reacción (Fenómenos de hipersensibilidad mediada por células) : E. L. Fliess (CEFYC, Luján) ; Aspectos inmunológicos de la reacción (Fenómenos de hipersensibilidad mediada por anticuerpos) : E. Santabaya (Instituto Nacional de Microbiología "Carlos G. Malbrán", Buenos Aires) ; Compromiso visceral: Maria C. Ortiz; Compromiso

neuroológico : A. España (Sanatorio Nacional "B. Sommer", Gral Rodriguez) ; Compromiso osteoarticular C. B. Charosky (Hospital F.J. Muñiz, Buenos Aires).

Comunicaciones Libres

Corina J.C., Botasso O., Poli H., Américo N.e Morini J.C.: Infección experimental con *Mycobacterium lepraemurium* en ratones CBA/J. Efecto de la preinmunización sobre la evolución de la enfermedad; C.F. Gatti : Lepra Infantil I; C.F. Gatti, J. Selva: Lepra Infantil II; F.V. Compá, J.M. Cabrini, R.H. Arpini, E. Vacirca, M. Recarte e R.M. Chapo : Lepra de Lucio.

Comisión directiva de la Sociedad Argentina de Leprología

Presidente: H. Risso; Vice-presidente: V. Merlin; Secretario General: J. Ganopol; Tesorero: C. B. Charosky; Vocales: P.A. Camba, J. Cl. Serafino,

Graciela Casin, W. G. Becerra y R. Valdez. El Secretario Coordinador (J.C. Gatti) tiene mandato hasta 1982,