



Lepra (enfermedad de Hansen)

Informe de la Secretaría

1. El Consejo Ejecutivo, en su 126.^a reunión de enero de 2010, pidió a la Directora General que antes de su 128.^a reunión convocara el Comité de Expertos en Lepra con el fin de que el Consejo abordase de nuevo el tema en enero de 2011.¹ En consecuencia, el Comité de Expertos en Lepra celebró su octava reunión (Ginebra, del 12 al 19 de octubre de 2010) con el fin de analizar la situación mundial de la lepra; examinar los adelantos recientes en otras esferas que influyen en la lepra, en particular el tratamiento de esta enfermedad y sus diversas complicaciones; considerar los datos de investigación más recientes y examinar los indicadores existentes de los progresos realizados para determinar si se pueden introducir unos indicadores mejores; y brindar asesoramiento sobre cuestiones técnicas y operativas vinculadas con los esfuerzos por reducir aún más la carga de la lepra. En el presente informe se resumen la situación mundial de la lepra y los resultados de la reunión del Comité.

2. El objetivo de la eliminación de la lepra como problema de salud pública, consistente en la reducción de la prevalencia a menos de un caso por 10 000 habitantes a escala mundial, fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA44.9 de 1991 y reiterado en la resolución WHA51.15 de 1998; la fecha fijada originalmente fue el año 2000. Este aval rindió frutos porque fijó un objetivo concreto para los programas contra la lepra y permitió conseguir compromisos políticos y financieros. La aplicación de las resoluciones dio como resultado la disminución extraordinaria de la prevalencia en más del 90%, y el objetivo se alcanzó a escala mundial a comienzos del año 2000. A principios de 2010, quedaban tan solo cuatro países con más de un millón de habitantes que no habían alcanzado una prevalencia menor de un caso por 10 000 habitantes. El criterio estratégico que se aplicó también permitió lograr mejoras considerables en la prevención y el control de la lepra, como por ejemplo la simplificación del diagnóstico y el tratamiento multimedicamentoso gracias a la distribución gratuita a los pacientes nuevos de los medicamentos en envases de tipo blíster. Este adelanto representó un logro importante de salud pública.

3. Desde 1985, más de 15 millones de enfermos se han curado gracias al tratamiento multimedicamentoso. Este buen resultado ha sido posible gracias al sólido compromiso de los países donde la enfermedad es endémica, apoyados por la comunidad internacional, en particular la OMS, la Fundación Nippon y la Fundación Conmemorativa Sasakawa para la Salud; la empresa farmacéutica Novartis y la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible; y organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, de manera destacada la Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra.

¹ Documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 1.

4. Una recomendación importante del Comité de Expertos fue fijarse como objetivo mundial la reducción de la tasa de casos nuevos con discapacidad visible (de grado 2 según la clasificación de la OMS) a menos de un caso por millón de habitantes a nivel mundial en vez de nacional. De esta manera, se espera mantener el compromiso a largo plazo de las alianzas con los gobiernos, la Secretaría, el mundo académico, la industria, los enfermos de lepra y las organizaciones no gubernamentales.
5. La distribución geográfica desigual de la lepra permite a los países centrar su atención en las zonas donde la endemicidad es más elevada. La mayor frecuencia con que la lepra aparece entre los contactos de los enfermos también brinda la oportunidad de detectar los casos a tiempo.
6. A escala mundial, el número de casos nuevos detectados cada año ha disminuido de manera sostenida desde el nivel máximo de 775 000 en 2001 a 245 000 en 2009. A comienzos de 2010, esa cifra había descendido aún más hasta los 212 000 casos, que se corresponden con el número de pacientes que en ese momento estaban recibiendo tratamiento multimedicamentoso.
7. Durante 2009, solo 16 países notificaron más de 1000 casos nuevos. Estos países representaron el 93% de los casos nuevos detectados en el mundo durante ese año y mostraron una baja del 71,7% entre el año en que tuvieron los niveles máximos de casos detectados y el año 2009.
8. El logro tan relevante de reducir la carga mundial de la lepra en los últimos 25 años es sobre todo el resultado de la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra con respecto al uso del tratamiento multimedicamentoso de forma corriente, con una combinación de tres fármacos (rifampicina, clofazimina y dapsona) para la lepra multibacilar y de dos (rifampicina y dapsona) para la lepra paucibacilar.¹ Actualmente, los pacientes multibacilares son tratados durante 12 meses, y los paucibacilares durante seis meses.
9. Las actuales pautas de tratamiento multimedicamentoso siguen siendo el pilar de la quimioterapia de la lepra que se aplica en todos los países donde esta enfermedad es endémica. La disponibilidad de medicamentos de segunda línea y medicamentos nuevos promisorios que tienen una gran actividad bactericida brinda la oportunidad de realizar ensayos clínicos con nuevas pautas terapéuticas. Los resultados preliminares de un ensayo en curso plantean la posibilidad de acortar a seis meses la duración del tratamiento multimedicamentoso actualmente recomendado por la OMS para los pacientes con lepra multibacilar, pero es muy pronto para extraer conclusiones definitivas.
10. La recaída después del tratamiento multimedicamentoso sigue siendo infrecuente incluso al cabo de casi tres decenios de que su uso se generalizó, y la repetición del tratamiento multimedicamentoso corriente arroja muy buenos resultados. El Comité de Expertos recomendó vigilar la aparición de farmacorresistencia, pese a la escasez de informes sobre cepas farmacorresistentes de *Mycobacterium leprae* después de finalizar el tratamiento multimedicamentoso.
11. El Comité de Expertos llegó a la conclusión de que la mayor parte de los estudios epidemiológicos, clínicos y anatomopatológicos recientes de la coinfección por el VIH no han demostrado un aumento de la prevalencia de la infección por el VIH en los enfermos de lepra ni una alteración de la gama de manifestaciones de la enfermedad en los individuos afectados por la coinfección.
12. Sobre la base de los estudios experimentales examinados por el Comité de Expertos, es razonable concluir que, desde el punto de vista de la salud pública, la infecciosidad es insignificante una vez que empieza el tratamiento multimedicamentoso.

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 847, 1994.

13. La lepra causa a menudo trastornos de la función nerviosa como resultado de las diversas alteraciones estructurales e inmunitarias en los nervios periféricos. La proporción de casos nuevos que presentan dichos trastornos en el momento del diagnóstico puede ser hasta de un 20%. Las reacciones leprosas se consideran la causa principal del trastorno de la función nerviosa y aparecen en el 30% al 50% de los enfermos multibacilares. Los corticoesteroides constituyen el pilar del tratamiento de estas reacciones. Varios estudios han demostrado la utilidad de la talidomida en el tratamiento del eritema nodoso leproso agudo, pero su empleo está restringido a causa de sus efectos teratógenos y por consideraciones éticas y legales. Es importante educar a todos los enfermos para que reconozcan los signos y síntomas de las reacciones y el deterioro de la función nerviosa; hay que alentarlos a que acudan a los establecimientos sanitarios en cuanto estas manifestaciones aparezcan. Los programas nacionales contra la lepra deben velar por que se implante un sistema eficaz de remisión de pacientes dentro de los servicios sanitarios generales a fin de que la función nerviosa pueda evaluarse oportunamente y de que las reacciones, la neuritis y las complicaciones conexas puedan ser diagnosticadas y tratadas con prontitud.

14. La discapacidad de los pacientes nuevos y los que han terminado el tratamiento sigue planteando problemas. Si bien la prevención y el tratamiento de la discapacidad caen en el ámbito general de la salud pública, requieren el apoyo de los servicios sociales, la comunidad y el voluntariado. Hoy en día, no hay información apropiada sobre la magnitud de la discapacidad causada por la lepra en lo que respecta al número de personas afectadas en el mundo ni en los países. Es importante calcular la prevalencia total de la discapacidad visible (de grado 2) en la población para poder planificar y prestar servicios de rehabilitación. Por lo tanto, resultará útil incluir en todos los programas nacionales un nuevo indicador de la prevalencia total de la discapacidad de grado 2 en la población. El sistema de clasificación de la discapacidad en tres etapas (grados 0, 1 y 2) se ha venido aplicando durante varios años y ha resultado una buena base para cuantificar la magnitud del problema. La prevención de las discapacidades empieza por el diagnóstico temprano de la lepra, seguido de la identificación y el tratamiento de complicaciones como la neuritis y las reacciones, el reconocimiento de los pacientes en riesgo de contraer una discapacidad secundaria y la intervención oportuna.

15. El tratamiento de las discapacidades debe ser parte de los servicios de tratamiento ordinarios en el consultorio e incorporar a personas curadas. Los servicios deben incluir el suministro de medios de ayuda y dispositivos, la atención médica especializada, la reconstrucción quirúrgica y la rehabilitación. Se debe hacer gran hincapié en el autocuidado y la autoayuda mediante el asesoramiento de las personas que lo necesiten, así como de su familia y la comunidad. La estrategia de rehabilitación en la comunidad deberá aplicarse con recursos locales para apoyar a las personas con discapacidades.

16. En años recientes se ha producido un cambio en la actitud hacia la lepra, y en muchos países ha disminuido el estigma. En la actualidad es más frecuente que los enfermos permanezcan con su familia y en su comunidad. Como resultado, ahora se considera fundamental involucrar a la familia y los miembros de la comunidad para que los enfermos de lepra tengan poder de decisión y de esta manera aumente su inclusión en diferentes sistemas comunitarios, como el sanitario, el de vivienda, el de educación y el de toma de decisiones, así como en las circunstancias socioeconómicas. A los propios enfermos les corresponde desempeñar un papel importante en los servicios contra la lepra, especialmente en las esferas de promoción de la causa, sensibilización del público, rehabilitación y detección de casos. Las personas con diagnóstico reciente de lepra no deben ser internadas en establecimientos de atención prolongada. Se calcula que la detección oportuna de casos y el tratamiento multimedicamentoso han evitado las discapacidades producidas por la lepra en unos dos millones de personas. En los países donde la enfermedad es endémica se observa un grado claramente mayor de compromiso político, y se ha renovado la insistencia en las cuestiones de los derechos humanos relacionadas con el estigma y la discriminación.

17. Una manera apropiada de lograr disminuciones considerables de la carga que representa la lepra sería focalizar las actividades, aprovechando la distribución tan desigual de la enfermedad entre los países y los grupos de población. Es probable que este modo de proceder, que combinaría el trazado de un mapa detallado de los casos mediante esfuerzos intensivos e innovadores de detección, reduzca en gran medida la carga de morbilidad. Concentrar las actividades en los lugares donde la enfermedad es muy endémica no significa que se descuidará por completo a los grupos de otras partes. También es importante llegar a los enfermos de lepra que viven en zonas de acceso difícil y forman parte de grupos de población desatendidos y marginados. En los centros urbanos, se debe prestar una gran atención al mejoramiento de los servicios para las personas que viven en las barriadas. Los contactos de los casos, que se identifican fácilmente, son personas con un gran riesgo y pueden ser objeto de medidas preventivas concretas, ya sea mediante la aplicación de la vacuna BCG o la administración de quimiprofilaxis.

18. La base de la integración de la atención de la lepra en los servicios generales de salud son los principios de la equidad y la sostenibilidad. La integración no quiere decir, sin embargo, que deban abolirse los componentes especializados de los servicios de tratamiento de la lepra. La cuestión medular debe ser cómo mejorar el desempeño del programa integrado, que debe tener por finalidad aumentar la sensibilización de la comunidad, crear capacidad y ofrecer supervisión regular, apoyo técnico, remisión adecuada de los pacientes y acceso al tratamiento multimedicamentoso.

19. Los progresos realizados en la disminución de la carga de morbilidad pueden medirse en términos generales mediante *i*) indicadores principales que requieran una cantidad mínima de datos, *ii*) otros indicadores (algunos requieren una cantidad limitada de datos, mientras que otros revelan aspectos importantes y requieren información más detallada) y *iii*) indicadores para evaluar la calidad de los servicios. Los indicadores principales son:

- a) el número y la tasa de casos nuevos detectados por 100 000 habitantes al año;
- b) el número y la tasa de casos nuevos detectados con discapacidad de grado 2 por millón de habitantes al año;
- c) la tasa de finalización del tratamiento o de curación de los casos multibacilares y paucibacilares.

La utilización del índice de discapacidad de grado 2 en casos recién detectados, expresado como una tasa por millón de habitantes, ayudará a seguir de cerca tanto la detección de casos como la discapacidad (en particular la carga y la prevalencia). El objetivo propuesto por el Comité de Expertos (véase el párrafo 4 *supra*) consiste en reducir la tasa de casos nuevos de lepra diagnosticados con discapacidad de grado 2 a menos de uno por millón de habitantes de aquí a 2020. Un hito sería disminuir la tasa de casos nuevos de lepra diagnosticados con discapacidad de grado 2 a menos de uno por millón de habitantes entre 2011 y 2015.

20. El Comité de Expertos recalcó la importancia de recopilar información sobre la magnitud de las discapacidades causadas por la lepra en función de la prevalencia total de la discapacidad de grado 2 en la población; los datos deben incluir la discapacidad de grado 2 en los casos nuevos y también en las personas que han finalizado el tratamiento multimedicamentoso. Esta información es necesaria para la planificación de los servicios de rehabilitación.

21. El Comité de Expertos recomendó asimismo prestar más atención a la equidad, la justicia social y los derechos humanos; el estigma y las cuestiones de género; y la mayor participación de los enfermos de lepra en la toma de decisiones.

22. El Comité de Expertos subrayó la necesidad de efectuar investigaciones en la esfera de la biología molecular - por ejemplo, para mejorar los medios de diagnóstico, la investigación de nuevos tratamientos y la infección subclínica - y los ensayos clínicos sobre prevención y tratamiento de las reacciones leprosas. Señaló algunas prioridades de investigación, como son obtener instrumentos moleculares para evaluar la aparición de farmacoresistencia; comprender las bases de la transmisión para obtener pruebas diagnósticas o mejorarlas; encontrar antígenos específicos de especie que puedan usarse en las pruebas de inmunodiagnóstico; y mejorar la eficacia y duración del tratamiento multimedicamentoso. Hacen falta más investigaciones en la esfera del trastorno de la función nerviosa y las reacciones, y con respecto a la quimioprofilaxis y la inmunoprofilaxis. También es importante promover investigaciones operativas, epidemiológicas y de ejecución para mejorar la sostenibilidad y la calidad de los servicios contra la lepra.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

23. Se invita al Consejo a tomar nota del presente informe.

= = =