

## Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Volumen 33  
Volume

Número 5  
Number




Septiembre-Octubre 2005  
September-October

*Artículo:*




### Situación de la lepra en el mundo

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



**medigraphic.com**

# Situación de la lepra en el mundo

## *The leprosy in the world nowadays*

*La lepra forma parte de ese milenario patrimonio de la humanidad de pobreza y dolor que durante siglos ha engendrado terror, mito rechace social y estigmatización a los que la padecían y no obstante los avances conseguidos aun constituye importante problema de Salud mundial.*

*Es indudable que después de la monoterapia sulfónica, primera medicación curativa y las nuevas drogas como rifampicina, clofazimina, ofloxacino, claritromicina y minociclina, pero sobre todo desde la aplicación en 1982 de la multiterapia (MTT) se ha producido un gran avance, curándose 14 millones de enfermos, descenso de prevalencia de un 90% y de 112 países con mas de un caso por 10.000 habitantes han disminuido actualmente a 9, pasando de la leprosería-colonia al tratamiento ambulatorio y consiguiéndose una cobertura con la MTT del 100%.*

*La OMS tenía registrados en 1966 tres millones de casos y en 1991 fijó la meta de eliminación en conseguir menos de un enfermo por 10.000, en el año 2000, pero en la tercera conferencia de la OMS en 1999 en Abidjan (Costa de Marfil) a la que asistimos, se trasladó al 2005 creándose una alianza global con los gobiernos de los países endémicos, ILEP, ILA, Novartis, que aporta gratuitamente la medicación y Fundación Nippon , pero como creíamos no se ha conseguido la eliminación en el actual año.*

*Vamos a analizar la situación mundial en las distintas regiones referidas al 2004 en prevalencia e incidencia.*

Regiones	Prevalencia	Casos Detectados por la OMS
	principio 2005	2004
África	47.596 (0'66)	46.918 (6'5)
Américas	36.877 (0'42)	52.662 (6'0)
Asia (Sureste)	186.182 (1'14)	298.603 (18'3)
Mediterráneo oriental	5.398 (0'12)	3.392 (0'7)
Pacífico Occidental	10.010 (0'06)	6.215 (0'4)
Total	286.063	407.891

*La prevalencia ha descendido algo en relación a los cinco años anteriores y Asia ocupa el primer lugar seguida de América y la Incidencia es de 514.718 enfermos aunque se observa una disminución en relación al 2001 (763.262) y al 2002 (620.638).*

Países sin conseguir eliminación (2004)				
País	Registrados	IP	Detección	2003
Angola	3776	(2'8)	2933	(22'1)
Brasil	79.908	(4'6)	49.206	(28'6)
Región Centro Africana	952	(2'6)	542	(14'7)
R.Democrática Congo	6.891	(1'3)	7165	(13'5)
India	265.781	(2'6)	367.143	(35'7)
Madagascar	5.514	(3'4)	5.104	(31.1)
Mozambique	6.810	(3'4)	5.907	(29.4)
Nepal	7.549	(3.1)	8.046	(32'9)
Tanzania	5.420	(1.6)	5.279	(15'4)
Total	382.601		451.325	

*En relación a África donde el número total en 1980 era de millón y medio ha disminuido a 45.000, pero seis de los nueve países mas endémicos pertenecen a este continente situación que hemos comprobado en nuestra asistencia al congreso "La Lepra en África" celebrado recientemente en Johannesburg y organizado por ILA, OMS, ILEP y gobierno de Sudáfrica con 265 participantes, donde se han expuesto los programas de los países africanos en eliminación terapéutica, profilaxis y rehabilitación y los problemas*

de pobreza, países en guerra, desplazamientos y otras patologías como SIDA, tuberculosis y paludismo, que desvían el interés de los gobiernos por la Lepra.

En cuanto Asia se aprecia mejoría en la India, Bangladesh y Myanmar y una situación estacionaria en Indonesia y en el Pacífico oriental hay un claro descenso, menos en Filipinas y Vietnam con mil nuevos casos anuales.

En América Brasil es el segundo país del mundo en prevalencia, pero con una campaña eficaz ha conseguido una reducción de ella y los restantes países están por debajo del uno por 10.000 siendo los mas afectados Colombia 1731 pacientes, Venezuela 1528, México 1011 y Argentina 977 .

La situación en Europa no consta en la última estadística de la OMS aunque con la inmigración aparecen nuevos casos anualmente y en relación a España desde hace décadas no es problema de salud y el número de registrados en los últimos siete años oscila alrededor de los cien y el de nuevos casos anuales es de cuatro a seis, la mayoría de América del Sur y África.

Como observamos India y Brasil, reúnen el 80% del total mundial y a gran distancia están los seis países africanos y Nepal y epidemiológicamente llama la atención que no obstante la evidente disminución de la prevalencia, la incidencia se mantiene en cifras similares a pesar de una discreta mejoría en los últimos años, lo que nos hace dudar si la MTT es suficiente para romper la cadena epidemiológica bacilo-huésped o si las campañas sanitarias son eficaces para la detección de nuevos casos.

En los últimos años han surgido discrepancias entre OMS y el ILEP con el que he trabajado durante 30 años, pues no se ha conseguido la eliminación en el 2000-2002 ni se va a alcanzar en el 2005 , por otra parte el optimismo de la eliminación puede influir en que los gobiernos tengan menos interés por el control y su posible repercusión en la colecta de fondos por las ONGs.

También hay inquietud en el acortamiento por la OMS de la MTT de 24 meses a 12 para los multibacilares (MB) incluso un esquema común para multibacilares y paucibacilares de 6 meses. Otra pauta actualmente en discusión es la MTT "acompañada" que consiste en el diagnóstico administrar el total del tratamiento al paciente para 12 ó 6 meses sin supervisión sanitaria que pasa a algún familiar, también otras pautas como rifampicina-ofloxacino-minociclina (ROM) dosis única para lesión única puede ser insuficiente por error clasificación o por falta de control bacteriológico en muchos países, pues los que hemos tratado lepromatosos durante años con índice bacteriológico de 4 á 5 +, conocemos perfectamente que es difícil obtener la inactividad incluso a los dos años de terapia por lo que no consideramos correcto, medicaciones a "plazo fijo" sin olvidar el problema de los 3 millones de discapacitados.

Estos distintos criterios motivó la necesidad de aclararlos por lo que el ILA organizó en Paris en Febrero del 2002, un Forum Técnico con expertos de los países mas endémicos que volvió a discutirse en el XVI Congreso Internacional de Leprología en Salvador de Bahía en Agosto del mismo año con las conclusiones de que el problema continuará en los próximos años y la importancia de mantener los servicios necesarios para detección y control representando la MTT la piedra angular de la lucha.

La OMS ha programado este año la estrategia global para el periodo del 2006-2010 para asegurar las actividades en el diagnostico precoz y multiterapia, educación comunidades, prevención discapacidades, Rehabilitación física y social y continuar la aplicación del BCG en niños de países endémicos y sobre todo la integración en los Servicios Generales de Salud pero creemos que en este próximo lustro va a ser difícil conseguir la eliminación en estos nueve países .

En resumen, la eliminación de la Lepra continua significando un desafío, un reto, una meta no alcanzada y nos encontramos mas que ante el final de la endemia ante el principio del final pues el epilogo de esta enfermedad aún no está escrito y si no se mejora la calidad de vida , surge una vacuna eficaz y fármacos de acción más rápida, la enfermedad de Hansen puede persistir muchos años más y la única estrategia posible es que las naciones desarrolladas inviertan mas en estos países endémicos pues la gran batalla final es inseparable de la batalla contra la pobreza, el hambre y el subdesarrollo, única forma de conseguir un mundo sin Lepra.

**José Terencio de las Aguas**  
Consejero de la Sociedad Internacional de Leprología