



## LOGRAR QUE TODOS LOS ENFERMOS DE LEPROA ESTEN BAJO PQT

### 1 INTRODUCCIÓN

El Boletín Técnico de ILEP No. 1 de septiembre 1990 expuso el punto de vista de la Comisión médica de que se debería administrar el régimen de poliquimioterapia (PQT) a todos los enfermos que requirieran tratamiento (1). No se pueden todavía justificar regímenes con un sólo medicamento debido al peligro de resistencia medicamentosa.

Muchos programas han alcanzado ya la implementación de la PQT, es decir el que todos los enfermos registrados para recibir quimioterapia sean tratados con PQT (cobertura de PQT del 100%) y que la proporción de enfermos que completan el tratamiento en el tiempo correcto sea adecuada (más del 75%). Sin embargo, varios programas tienen dificultades en conseguir una cobertura de PQT del 100% y una tasas de tratamiento completados elevadas.

Es importante averiguar las razones por las que varios programas encuentran dichas dificultades y, al mismo tiempo, saber el porqué otros programas tienen éxito. Para ello, la Comisión Médica de ILEP organizó en 1994 una encuesta que abarcaba a 228 proyectos de Africa, Asia, Latinoamérica y Europa, mediante un cuestionario, con un total de 239.574 enfermos de lepra registrados para recibir quimioterapia. La encuesta cubrió un 40% de los proyectos y de los enfermos financiados por los Miembros de ILEP. Las recomendaciones de este Boletín Médico se basan en los resultados de esta encuesta y en el análisis de los formularios B (el informe anual de los proyectos) del año 1993. Se enfatizan los resultados principales y los obstáculos más frecuentes que existen para conseguir que todos los enfermos estén bajo PQT.

Aunque este Boletín va dirigido, principalmente, a los programas que tienen dificultades en alcanzar una cobertura con PQT completa y tasas elevadas de tratamiento completado, las recomendaciones también pueden ser útiles para los programas que teniendo una cobertura de PQT completa deseen

umentar el costo-efectividad de sus actividades. La implementación de estas recomendaciones

contribuirá a alcanzar el objetivo de ILEP de que 'Todos los enfermos estén recibiendo PQT en el año 2000' y también el objetivo de la OMS de que 'La lepra deje de ser un problema de salud pública en el año 2000'.

### 2 RESULTADOS PRINCIPALES

- Al acabar el año 1993, 1 de cada 3 enfermos registrados para recibir tratamiento en los programas asistidos por los miembros de ILEP no estaba recibiendo PQT (a nivel mundial, 1 de cada 2 enfermos registrados para recibir tratamiento no recibía PQT).
- Más del 22% de los programas aún administra monoterapia con dapsona a algunos de sus enfermos, a pesar de que este régimen hace más de una década que está en desuso.
- No se administra PQT a más del 10% de los enfermos nuevos diagnosticados.
- Uno de cada 4 proyectos notifica que menos del 75% de los enfermos que iniciaron PQT completa el régimen terapéutico prescrito en un período adecuado.
- Se están perdiendo demasiadas oportunidades para administrar PQT. Los mayores obstáculos para la implementación efectiva de la PQT se pueden categorizar en obstáculos en el tratamiento de los enfermos (3) y obstáculos operacionales del programa (4).

### 3 OBSTÁCULOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS:

#### 3.1 Prerrequisitos y contraindicaciones inadecuados para recibir PQT:

**Problemas:** Muchos programas aplican aún unos prerrequisitos inadecuados que deben ser cumplidos antes de iniciar a los enfermos con

PQT. Todavía se mantienen contraindicaciones incorrectas en el uso de la PQT.

**Ejemplo:** Varios programas comunican que excluyen de la PQT a ancianos, enfermos con tuberculosis, embarazadas, enfermos que viven lejos (p.e. mas de 10 km.), que no pueden acudir a la consulta mensualmente, que no tienen una dirección fija, que tienen problemas mentales, hipertensión, etc.

**Recomendación:** Se debe administrar PQT a todos los enfermos de lepra excepto en los pocos casos de enfermos con daño hepático o hipersensibilidad grave a los medicamentos.

### 3.2 Retraso entre el diagnóstico y el inicio de PQT

**Problema:** A menudo existe un retraso entre el diagnóstico y el inicio de PQT. Durante este retraso los enfermos reciben solamente monoterapia con dapsona o no reciben ningún tratamiento.

**Ejemplo:** Los enfermos deben primero demostrar que recogen su tratamiento de forma regular antes de que sean 'elegibles' para recibir PQT; se deben conocer los resultados de los frotis cutáneos o de las biopsias antes de iniciar PQT (aunque ya se hubiera confirmado el diagnóstico clínicamente); el personal de salud debe comprobar la dirección del enfermo, etc.

**Recomendación:** Se debe iniciar tratamiento con PQT a todos los enfermos en el momento del diagnóstico.

### 3.3 Revisión inadecuada de los enfermos registrados que reciben monoterapia con dapsona

**Problema:** Muchos proyectos aún no han empezado o completado la puesta al día del registro antiguo de tratamiento.

**Ejemplo:** Algunos proyectos mantienen en el registro de monoterapia con dapsona a muchos enfermos no controlados desde muchos años o que ya curaron y no necesitan tratamiento. Al incluir a estos enfermos en el cálculo de la cobertura por PQT, se obtiene una cifra baja que no es la real.

**Recomendación:** Todos los proyectos que aún tengan enfermos registrados bajo monoterapia con dapsona deben evaluarlos cuánto antes y decidir si ya no deben recibir más tratamiento o deben iniciar PQT. A todos aquellos enfermos que después de ser evaluados, deban recibir quimioterapia, se les administrará PQT.

### 3.4 Sistema rígido de suministro de medicamentos

**Problema:** Muchos programas no suministran a los pacientes medicamentos para más de un mes, aunque existan razones válidas para darlos por más tiempo.

**Ejemplo:** Enfermos que no pueden acudir cada mes al dispensario de lepra debido a ausencias prolongadas (p.e. enfermos que viven muy lejos, que viven en áreas inaccesibles durante la estación de lluvias, mujeres, marineros, etc.) o en determinadas ocasiones (p.e. matrimonio, parto, funeral, peregrinaje, etc.).

**Recomendación:** Los enfermos deben recibir su dosis mensual bajo la supervisión del personal de salud. Allí donde esto no sea posible, una persona de confianza deberá supervisarlos (p.e. un líder de la comunidad o un miembro de la familia). En los casos en que es imposible supervisar la toma de medicamentos, se deben dar medicamentos para varios meses a los enfermos que no pueden acudir mensualmente.

### 3.5 Continuación innecesaria del tratamiento

**Problema:** Varios programas siguen administrando PQT a los enfermos multibacilares (MB) hasta que los frotis cutáneos negativizan, y a los enfermos paucibacilares (PB) hasta que las lesiones cutáneas se encuentran inactivas. Ello puede originar una notificación de tasas de tratamiento completado bajas.

**Ejemplo:** Se considera 'tratamiento completado' a los enfermos MB que completaron 24 dosis mensuales pero que seguían en tratamiento y abandonaron antes de que el frotis cutáneo negativizara.

**Recomendación:** La Comisión Médica de ILEP (1) y la OMS (2) han recomendado administrar PQT durante un período fijo para la lepra MB, es decir, 24 dosis mensuales administradas en un período de 36 meses, y ello debe ponerse en práctica en todos los programas de control de la lepra. Para la lepra PB se debe seguir la recomendación de administrar 6 dosis mensuales en un período de 9 meses.

### 3.6 Educación inadecuada de los enfermos

**Problema:** Muchos programas citan la educación inadecuada de los enfermos como uno de los factores principales responsables de las bajas tasas de tratamiento completado.

**Ejemplo:** Los enfermos dejan de tomar su tratamiento cuando las lesiones mejoran, o debido a los efectos secundarios de los medicamentos, a las reacciones leprosas o a complicaciones funcionales de los nervios.

**Recomendación:** Los programas de control de la lepra deben dar una prioridad elevada a la educación de los enfermos. Se debe formar en educación de enfermos al personal de salud en todos los niveles y se deben utilizar materiales educativos apropiados.

### 3.7 Tratamiento inadecuado de los enfermos

**Problema:** El tratamiento inadecuado de los enfermos no sólo origina incapacidades que se podían haber prevenido, pero también contribuye a la baja tasa de tratamiento completado.

**Ejemplo:** Los enfermos que durante la PQT desarrollan incapacidades debido a un tratamiento incorrecto de las reacciones, pierden la confianza en el programa y pueden abandonarlo.

**Recomendación:** El tratamiento adecuado de los enfermos, incluyendo el diagnóstico precoz y tratamiento de la afectación funcional de los nervios y la prevención de empeoramiento de las incapacidades ya existentes, deben ser una parte integral de todos los programas de control de la lepra.

### 3.8 Pautas inadecuadas en caso de abandono

**Problema:** Muchos proyectos no tienen pautas adecuadas para el seguimiento de los enfermos que abandonan.

**Ejemplo:** Muchos proyectos, especialmente los que se centran en un hospital, no ponen en práctica ninguna medida para recuperar a los enfermos que abandonan (p.e. cartas, mensajeros, mensajes vía otros enfermos, trabajadores rurales de salud, líderes rurales, visitas domiciliarias, etc.)

**Recomendación:** Todos los programas debe tener unas normas estandarizadas para el seguimiento de los abandonos, adaptadas a las condiciones locales. Los programas que no tengan el personal para dichas actividades deben trabajar junto con los programas de control ya existentes. Como regla, se debe referir a todos los enfermos al centro de tratamiento más cercano a su domicilio.

## 4 OBSTÁCULOS OPERACIONALES DEL PROGRAMA

### 4.1 Capacidad de gestión inadecuada

**Problema:** La mayoría de programas con una cobertura baja de PQT no tiene una capacidad adecuada de gestión y de organización, y ello es una de las causas de la implementación deficiente de la PQT.

**Ejemplo:** Varios directores de programas nacionales, regionales o distritales tienen dificultades para planificar la expansión de la cobertura de la PQT. Algunos no pueden identificar, mediante el seguimiento de rutina, las debilidades de sus programas y muchos no saben encontrar soluciones a situaciones difíciles o fuera de lo común.

**Recomendación:** Los directores de programa en los niveles nacionales, regional y distrital deben recibir una formación sobre los aspectos importantes de la gestión de rutina.

Se debe incrementar la aplicación de los módulos de formación en gestión de la OMS (4) y de ILEP (5). Allí donde esté justificado, se debe llevar a cabo la formación en el manejo de soluciones a problemas específicos (investigación en sistemas de salud).

### 4.2 Falta de normas de gestión estandarizadas

**Problema:** Muchos programas no tienen normas operacionales uniformes, estandarizadas para los trabajadores de salud que les sirvan de guía para el tratamiento de los enfermos y para la gestión operacional.

**Ejemplo:** La falta de normas origina confusión e incertidumbre entre los trabajadores de salud provocando la baja calidad del programa.

**Recomendación:** Todos los programas de control de la lepra deben tener unas normas operacionales bien definidas y prácticas contenidas en un manual de control de la lepra.

Los programas que no tengan dicho manual deberían utilizar la publicación de ILEP *Normas para escribir un manual de control de la lepra para los trabajadores de salud* (3).

### 4.3 Sistema de registro y notificación inadecuado

**Problema:** Muchos programas no pueden notificar las tasas de tratamiento completado.

**Ejemplo:** Los directores de programa que no pueden hacer el seguimiento de las tasas de

tratamiento completado no pueden conocer la calidad de la implementación de la PQT en sus programas.

**Recomendación:** La implementación efectiva de la PQT implica no sólo la cobertura completa con PQT pero también su conclusión adecuada. Por lo tanto, se debe incluir en el seguimiento de rutina de la ejecución del programa la evaluación de las tasas de tratamiento completado.

**Problema:** Muchos programas mantienen demasiado tiempo en los registros de tratamiento a enfermos que han abandonado.

**Ejemplo:** Se mantiene en el registro a enfermos que no han acudido durante más de 5 años, e incluso durante más de 10 años.

**Recomendación:** Se debe eliminar del registro de tratamiento a todos los enfermos que se ha intentado recuperar y que no han acudido durante más de 2 años.

#### 4.4 Dotaciones y/o personal formado insuficientes

**Problema:** Muchos programas con cobertura baja de PQT indican que no disponen de dotaciones (locales para dispensarios y parafarmacias, laboratorio, vehículos) y/o personal, lo cual no implica una falta de dotaciones y personal de los servicios generales de salud.

**Ejemplo:** Un trabajador de lepra en la periferia, cercano a un centro general de salud, no puede visitar con regularidad un pueblo aislado con muchos enfermos y, por tanto, mantiene a los enfermos de ese pueblo bajo monoterapia con dapsona. Podría pedir la colaboración del personal del centro general de salud que visita dicho pueblo al menos una vez al mes para supervisar a los trabajadores de salud de dicho pueblo. Algunos programas que emplean a este personal sólo le permite distribuir monoterapia con dapsona.

**Recomendación:** Siempre que sea posible, los programas de control de la lepra deben incluir a los servicios y personal de los centros de salud general para la implementación de la PQT. De forma urgente, se tomarán las medidas necesarias, allí donde el personal periférico no esté formado suficientemente para efectuar el diagnóstico y tratamiento de la lepra y sus complicaciones.

#### 4.5 Suministro inadecuado de medicamentos de la PQT

**Problema:** Algunos programas no pueden implementar la PQT en lugares muy aislados o de difícil acceso que no tienen una infraestructura de servicios de salud o en áreas con problemas de seguridad.

**Ejemplo:** Incluso en los lugares donde se ha implementado la PQT durante varios años de forma efectiva, algunos proyectos llegan a un punto en que los enfermos que quedan se encuentran en áreas difíciles. Ello origina que las tasas de cobertura de la PQT sean más bajas. Aunque, en general, ello no constituya un problema en los primeros tiempos después del inicio de la PQT, será un problema relativamente más importante en el futuro, no sólo a nivel del programa pero también globalmente.

**Recomendación:** Se deben desarrollar soluciones innovadoras para estas situaciones especiales. En general, se debe desarrollar una solución específica para cada situación local.

### 5 CONCLUSIONES

El objetivo de ILEP para el año 2000 es de que todos los casos de lepra sean tratados con PQT.

Actualmente hay demasiados enfermos de lepra que no se benefician aún de la PQT. Ello afecta, sobre todo, a los enfermos en áreas con programas de control de la lepra que no están bien organizados y/o gestionados o a enfermos que viven en áreas de difícil acceso o con problemas de inseguridad.

Se debería poder alcanzar el objetivo de ILEP mediante la aplicación de las recomendaciones arriba descritas.

Esta meta intermedia ayudará a alcanzar dicho objetivo:

Exceptuando aquellas áreas que tienen una ausencia total de infraestructura o que tienen problemas de inseguridad:

Todos los casos registrados en los programas financiados actualmente por ILEP deberían, al acabar el año 1995, estar bajo PQT.

**Referencias**

- 1 *Basic Requirements For Implementation Of Multidrug Therapy*, ILEP Technical Bulletin No. 1, Sep. 1990.
- 2 *Chemotherapy of Leprosy*, Report of a WHO Study Group, WHO Technical Report Series, No. 847, WHO, Geneva, 1994.
- 3 *Guidelines for Writing a Healthworkers Manual for Leprosy Control* Vol. 1 & 2, ISBN 0947543 11, 1994, available from ILEP.
- 4 *Managing Programmes for Leprosy Control (Training modules)*, WHO, Leprosy Unit, Geneva, 1993.
- 5 ILEP Functional Management Tools Training Module.

*La ILEP es una Federación de Asociaciones anti-lepra autónomas. Los miembros de ILEP no están obligados a seguir los consejos que contiene esta publicación*

*Se puede citar libremente este Boletín Técnico pero se debe mencionar la fuente.*