



Lucha contra el kala azar: ¡no falléis a los pacientes!

La leishmaniasis visceral (LV), también conocida como kala azar, es una enfermedad transmitida por un vector protozoario, endémica en 76 países del mundo. La incidencia anual se estima entre 250.000 y 300.000 casos, de los cuales, más de un 90% se produce en India, Bangladesh, Sudán, Sudán del Sur, Etiopía y Brasil. Como ocurre con todas las enfermedades olvidadas, el kala azar afecta principalmente a las poblaciones más pobres e invisibles, con poco o ningún poder político. Sin tratamiento, es mortal en la mayoría de los casos, pero un diagnóstico y tratamiento a tiempo es casi siempre efectivo, incluso en entornos remotos y con recursos limitados.

Los retos de combatir el kala azar son muchos, ya que las estrategias para luchar contra la enfermedad varían según el contexto. A través de sus programas sobre el terreno, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha demostrado que es posible diagnosticar y tratar pacientes de kala azar, con una alta tasa de curación incluso en entornos remotos. Ahora es fundamental mejorar el acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados, conseguir un mayor compromiso político y financiero para desarrollar y reforzar los actuales programas de control, así como invertir en el desarrollo de mejores instrumentos para combatir esta enfermedad.

Reforzar los programas de control a nivel de terreno

➤ África Oriental:

La mayoría de enfermos en África Oriental deben afrontar situaciones de guerra o conflicto, pobreza extrema e inaccesibilidad geográfica, que complican mucho su acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados.

Además, las epidemias de kala azar asociadas a una elevada mortalidad son frecuentes en contextos marcados por conflictos, desplazamientos de población, desnutrición y falta de acceso a la atención sanitaria, factores que pueden acelerar el desarrollo y la propagación de la enfermedad. En las dos últimas décadas, se han sucedido epidemias de larga duración en Sudán del Sur. En los estados de Jonglei y del Alto Nilo, más de 10.000 pacientes fueron tratados entre finales de 2009 y octubre de 2011. MSF trató a 5.000 de ellos.

Otro importante reto es la coinfección por kala azar y VIH/sida. Ambas enfermedades influyen la una en la otra en un círculo vicioso: los pacientes VIH-positivos son mucho más susceptibles a desarrollar kala azar; y el kala azar es una de las infecciones oportunistas características del estadio 4 del sida, lo cual lo hace más difícil de tratar. En la mayoría de programas de kala azar de MSF, el porcentaje de pacientes coinfectados es todavía bajo. En Etiopía, sin embargo, debido a la especificidad de este contexto, entre un 20 y un 40% de pacientes de kala azar son VIH-positivos.

- ¿Qué hay que hacer?

Los países endémicos deben registrar los medicamentos para tratar el kala azar.

Las opciones de tratamiento actuales incluyen antimoniales pentavalentes, paromomicina, miltefosina, anfotericina B desoxicolato y anfotericina B liposomal (L-AmB). Las guías de tratamiento son específicas para cada continente, debido a los diferentes niveles de eficacia según el contexto. En África Oriental, el tratamiento con

antimoniales pentavalentes sigue siendo muy efectivo, pero es largo, potencialmente tóxico y doloroso. El Comité de Expertos en Leishmaniasis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un régimen combinado de 17 días de antimoniales pentavalentes y paromomicina para tratar el kala azar africano en pacientes VIH-negativos. Para pacientes VIH-positivos, se deben administrar dosis más altas de L-AmB e idealmente combinarla con otros medicamentos como la miltefosina.

Sin embargo, no todos los medicamentos para el kala azar están registrados en los países endémicos de África Oriental, lo que limita la capacidad de importarlos y ofrecer las opciones de tratamiento necesarias. Por ejemplo, en Etiopía, el sulfato de paromomicina y el SSG (estibogluconato de sodio, un antimonial pentavalente) todavía no están registrados.

Mejor diagnóstico. La prueba rápida de diagnóstico (tiras reactivas con antígeno rK39) puede utilizarse en muchos entornos remotos. La facilidad de uso de esta prueba ha permitido descentralizar el diagnóstico y a veces incluso el tratamiento en zonas alejadas o aisladas, donde no pueden instalarse laboratorios, y por tanto ha mejorado el acceso a la atención en zonas endémicas.

Sin embargo, en África Oriental, una prueba rápida de diagnóstico rk39 positiva confirma el diagnóstico, pero los casos sospechosos con un resultado negativo todavía requieren otra prueba de seroaglutinación o un examen al microscopio de aspiraciones del bazo, la médula ósea o los nódulos linfáticos. Estas técnicas no solo son invasivas para el enfermo, sino que además requieren conocimientos técnicos y laboratorios, lo que raras veces existe en zonas africanas donde hay kala azar.

Por este motivo, es fundamental desarrollar una prueba diagnóstica mejor para África Oriental que permita la descentralización del tratamiento.

➤ **Sureste asiático:**

En el sureste asiático, el kala azar es relativamente menos virulento que en África Oriental y es más sensible a otros medicamentos que no sean antimoniales. Sin embargo, los pacientes siguen muriendo si no reciben tratamiento. En 2005, los gobiernos de Bangladesh, India y Nepal, apoyados por la OMS, unieron esfuerzos en un ambicioso plan para eliminar la enfermedad de la región en 2015. En febrero de 2012, la OMS revisó esta fecha y en su nueva hoja de ruta aboga por la eliminación del kala azar en el subcontinente indio para 2020. Sin embargo, para que la eliminación del kala azar sea viable en estos países, hay que ampliar actividades importantes, como el control vectorial y el diagnóstico y tratamiento de pacientes, de forma continuada.

La administración de mejores opciones de tratamiento para tratar el kala azar en el sureste asiático será un factor clave para avanzar en esta dirección

El tratamiento de la dermatosis post kala azar (PKDL por sus siglas en inglés), una problema de la piel que aparece durante o después de la infección o su tratamiento, constituye otro reto en el sureste asiático. Aunque la PKDL no es peligrosa para el paciente, puede ser muy contagiosa, ya que el parásito está presente en la piel, que actúa como reservorio. Por este motivo, se requiere un curso de tratamiento más corto y efectivo para controlar la propagación de la enfermedad.

- ¿Qué hay que hacer?

Los programas nacionales de lucha contra el kala azar en el sureste asiático deben administrar los mejores tratamientos disponibles. En el sureste asiático, especialmente en India y Bangladesh, los antimoniales pentavalentes, el tratamiento de primera línea en la mayoría de países endémicos durante más de 70 años, ya no son efectivos debido a las altas tasas de resistencias.

En 2010, el Comité de Expertos en Leishmaniasis de la OMS publicó el Libro Azul, donde proporciona una lista de tratamientos recomendados para tratar el kala azar en India, Bangladesh y Nepal. La lista incluye la anfotericina B liposomal y las terapias combinadas como primeras líneas de tratamiento. Sin embargo, hasta ahora esta recomendación no se refleja en los protocolos de tratamiento o la política nacional de kala azar en India. El país mantiene la monoterapia con miltefosina como tratamiento de primera línea, un medicamento que aunque efectivo, tiene un uso limitado debido a su teratogenicidad, el largo curso de tratamiento (que aumenta el riesgo de que los pacientes lo abandonen antes de acabarlo) y el potencial riesgo de desarrollar resistencias.

Una sola dosis de anfotericina B liposomal o terapias combinadas, basadas en medicamentos ya aprobados, pueden jugar un papel clave en el futuro. MSF, junto con la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi por sus siglas en inglés), pondrá en marcha un proyecto piloto en el estado indio de Bihar para evaluar la seguridad y la eficacia de tres nuevos métodos para el tratamiento para el kala azar sobre el terreno.

Los países endémicos del sureste asiático tienen que administrar las opciones de tratamiento recomendadas por la OMS para tratar al mayor número de pacientes posible con los mejores medicamentos.

Prestar más atención a la PKDL. Existe una fuerte relación entre los antimoniales pentavalentes y el desarrollo de la PKDL. Por esta razón, los protocolos nacionales deben limitar el uso de los tratamientos basados en el SSG. También es necesaria más investigación y desarrollo (I+D) de tratamientos cortos, seguros, baratos y efectivos para la PKDL.

Mayor compromiso a nivel internacional

Se requiere más financiación para invertir en la I+D necesaria para combatir el kala azar. A nivel del terreno, es esencial mejorar y simplificar las pruebas diagnósticas (principalmente para África Oriental), y es también necesario desarrollar nuevos medicamentos que sean orales, seguros, baratos, efectivos y con un curso de tratamiento corto en todas las regiones endémicas.

También tiene que aumentar la financiación internacional y destinarla a los programas de control en el terreno para asegurar el acceso de los pacientes a los recursos disponibles hoy en día.

El pasado mes de enero, varias compañías farmacéuticas, donantes internacionales y cinco Ministerios de Salud –de Bangladesh, Brasil, Mozambique, Tanzania y Burkina Faso– adoptaron la Declaración de Londres sobre Enfermedades Tropicales Olvidadas para hacer hincapié en la necesidad de un mayor compromiso para controlar el kala azar. Sin embargo, es necesario que todos los Ministerios de Salud de los países endémicos también firmen y apoyen la declaración para poder implementar las estrategias necesarias que permitan de verdad ampliar el acceso de los pacientes a diagnósticos y tratamientos adecuados.