

Medicación para tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas: Realidades, acceso y disponibilidad

Tratamiento etiológico en la fase crónica temprana de la enfermedad de Chagas
(Experiencia en Yoro, Honduras): El acceso al tratamiento hoy

Dra Andrea Marchiol (Médicos Sin Fronteras, España)

El objetivo de esta presentación es compartir la experiencia de Honduras en el apoyo al control de la enfermedad de Chagas, con un valor añadido, que es la introducción del tratamiento etiológico de niños menores de 13 años.

La enfermedad de Chagas la consideramos una enfermedad olvidada y silenciada, ya que dado su desarrollo lento y progresivo, además de afectar las poblaciones más vulnerables e inaccesible de las áreas rurales de Latinoamérica, no ha estado de una manera efectiva y continúa dentro de las prioridades en salud pública de muchos países Latinoamericanos. Tampoco en todos estos años desde el descubrimiento de la enfermedad, ha habido grandes avances que hayan permitido controlarla de manera efectiva.

El proyecto de MSF en el departamento de Yoro, Honduras (uno de los cinco departamentos con altos niveles de prevalencia, según información oficial), tuvo desarrollo entre el año 1999 y 2002. Aunque durante el 2003 se llevarán a cabo acciones de seguimiento de los casos tratados y apoyo a la consolidación del programa nacional de Chagas.

Los vectores existentes en la zona son dos: ***Rhodnius prolixus*** y ***Triatoma dimidiata***.

Honduras hace parte de la iniciativa de la erradicación del ***Rhodnius prolixus*** para el 2010, focalizado en el área de América Central.

El proyecto se ha caracterizado por su aspecto integral, donde de una manera conjunta, se abordaron los diferentes componentes que llevan al control de la enfermedad de Chagas:

1. Control Vectorial
2. Screeninig serológico a menores de 13 años.
3. Tratamiento a los seropositivos menores de 13 años
4. Sensibilización, comunicación social y educación para la salud
5. Formación del personal sanitario y comunitarios
6. Apoyo en el control de la transmisión transfusional de la enfermedad
7. Vigilancia epidemiológica

Con las actividades desarrolladas hemos conformado el perfil epidemiológico de la zona, que se caracteriza por:

1. Una población a riesgo de 120.000 personas: Se hallaron 316 comunidades infestadas de 534 donde se realizó búsqueda activa del vector.
2. Un índice de dispersión en la zona del 60%.
3. Un índice de infestación del 5.4 %.
4. Un índice de infección natural de los triatomíneos del 38 %.

Las acciones que se han desarrollado tuvieron una cobertura de rociado de 98 % de las comunidades infestadas, la cobertura de tamizaje serológico ha sido del 97 % en los niños menores de 5 años y el 57 % de los niños entre 5 y 13 años. Este último dato se debe a que el resto de los niños de 5 a 13 años serán tamizados por parte del propio programa nacional de Chagas, que le dará continuidad al proyecto.

El tamizaje serológico nos revela que existe un 0.93 % de prevalencia en comunidades infestadas. Relacionando la seroprevalencia con el tipo de vector, confirmamos que la infestación por *Rodnius prolixus* aumenta 30 veces más la posibilidad de infección que cuando la infestación es por *Triatoma dimidiata*.

En números absolutos los niños tratados con benznidazol 7 mg/kg/peso día por 60 días, fueron de 231.

Establecido que el primer control post tratamiento se haga a los 18 meses finalizado el mismo, de los 231 niños tratados, se realizaron 66 serologías de control (28.5%), el resto de los controles se llevarán a cabo cuando se cumpla el tiempo previamente definido.

De los 66 niños controlados el 86.4 % (n=57) se seronegativizaron. De los 9 niños que persistieron con serología positiva, 7 de ellos han disminuido los títulos de anticuerpos de forma significativa.

Se logró un 100 % de cumplimiento del tratamiento, no existiendo abandonos.

En relación a los efectos indeseables del tratamiento, se pudo evidenciar que los efectos adversos gastrointestinales leves se produjeron en el 28 % de los niños, los dermatológicos en un 18 % (solamente en 2 casos se tuvo que indicar medicación sintomatológica, sin suspensión del tratamiento) y en un 2.7 % de los casos se produjeron polineuritis diagnosticadas clínicamente, debiéndose disminuir la dosis del benznidazol. Los niños han tenido en general una ligera disminución de peso, según controles pre y post tratamiento, con recuperación rápida posteriormente (Peso medio: 21.2 Kg pretratamiento y 20.7 Kg postratamiento). Igualmente se obtuvo una disminución no significativa del valor del hematocrito (hematocrito medio pretratamiento 32.25 % y 32.14 % post tratamiento).

La duración media del tratamiento fue de 61.3 días (desviación estandar de 6.29). El costo medio por tratamiento fue de 4.70 U\$ niño.

La intervención y la operacionalidad del proyecto de Chagas en Yoro, Honduras nos ha exigido de alguna manera, hacer un diagnóstico de la situación en el acceso al tratamiento de esta enfermedad, no sólo ya en Honduras sino en los países endémicos.

Una investigación rigurosa y exhaustiva nos lleva a formular una lista de problemas que comparten en menor o mayor grado los países latinoamericanos, en relación al tratamiento de esta enfermedad.

Y se evidencia que:

1. Unicamente existen dos líneas de medicamentos disponibles con relativa efectividad (benznidazol y nifurtimox)
2. A menudo estos medicamentos no figuran en las listas nacionales de medicamentos esenciales (LNME) de los países endémicos
3. Tienen presentaciones únicas, haciendo muy difícil la administración para niños, población más susceptible de tratar.
4. No existen alternativas genéricas pese a que ambas moléculas han perdido el derecho de patente, ya que se trata de moléculas relativamente antiguas.
5. Existen diferencias llamativas de precios entre los diferente países, por ejemplo en Bolivia, un tratamiento tipo para un niño de 20 Kg es 21 veces más caro que en Brasil.
6. La producción de estos medicamentos es discontinua (especialmente del nifurtimox)
7. Los programas nacionales no destinan presupuesto para el tratamiento de los niños susceptibles a tratar.
8. A nivel internacional no existe quien lidere el tema tratamiento de la enfermedad de Chagas.
9. Y la Investigación y desarrollo operacional es deficitaria.

Recomendaciones a los diferentes actores involucrados en la enfermedad de Chagas

A las Autoridades sanitarias (Programa Nacional / MSP):

1. Reconocimiento del problema
2. Establecimiento de un programa nacional con búsqueda activa de casos
3. Una mayor inversión para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
4. Inclusión de los medicamentos en las listas nacionales de medicamentos esenciales
5. Exigir a la empresas farmacéuticas originales, el reinicio de la producción de nifurtimox y una política de precios asequible para todos los países que así lo requieran.

A la industria farmacéutica:

1. Registrar los medicamentos
2. Reiniciar la producción de nifurtimox
3. Establecer precios asequibles
4. Inclusión de la indicación de Chagas en la investigación de nuevas moléculas
5. Transferencia de tecnología a laboratorios latinoamericanos.

A las agencias intergubernamentales (OPS/OMS)

1. Estimular el diagnóstico y tratamiento de las personas susceptibles a tratar
2. Liderar la unificación de criterios de diagnóstico y tratamiento
3. Liderar un sistema de abastecimiento de medicamentos de forma conjunta

A la sociedad civil – ONG

1. Exigir el derecho de las personas infectadas al diagnóstico y tratamiento
2. Poner en evidencia la importancia del diagnóstico activo y que podría ser realizable desde la APS
3. Posicionarse ante la falta de dificultades de acceder al tratamiento