

Control de la leishmaniasis cutánea en Afganistán: logros y desafíos

Fuente:

Weekly epidemiological record. 27 APRIL 2018, 93th YEAR. No 17, 2018, 93, 221–228.

<http://www.who.int/wer;>

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272411/WER9317.pdf?ua=1>

Introducción

La leishmaniasis cutánea (LC) es un importante problema de salud pública en Afganistán, país afectado de inestabilidad política desde 1978. En 2002, se informó que, solo en Kabul, unas 200 000 personas estaban infectadas con *Leishmania spp.*¹, convirtiendo a esta ciudad en el foco de LC más importante del mundo de CL, con una incidencia anual estimada de 67 500 casos². En el periodo entre los años 2003 a 2007, se estimó que unos 226 000 casos nuevos de LC ocurrían cada año, si bien se cree que, debido a un sistema de vigilancia débil, se informaron entre 5 y 10 veces menos casos. La mayoría de los casos de LC en Afganistán se deben a *Leishmania tropica*, que se transmite por flebótomos de la especie *Phlebotomus sergenti*. La enfermedad es una antroponosis y en Afganistán generalmente se caracteriza por lesiones cutáneas grandes y / o múltiples con una tendencia variable a la autocuración. La mayoría de las lesiones ocurren en la cara, siendo estas lesiones y las cicatrices resultantes desfigurantes y con frecuencia causa de una estigmatización severa de las personas afectadas, especialmente las mujeres, que pueden considerarse no aptas para el matrimonio. Una pequeña parte de los casos de LC en Afganistán se deben a *L. major*, que se transmite por el flebótomos de la especie *P. papatasi*. Los roedores *Rhombomys opimus* y *Meriones spp.* son los reservorios de la LC zoonótica, que se encuentra principalmente en las provincias del norte de Afganistán, como Mazar-eSharif. En general, según los informes la LC afecta 21 de las 34 provincias del país, y se estima que alrededor de 11 millones de personas corren riesgo de infección. El sistema de vigilancia actual no proporciona información sobre cuántos distritos en cada provincia son en realidad endémicos.

El programa nacional de control de la malaria y la leishmaniasis (PNCML) es un departamento técnico del Ministerio de Salud Pública y es responsable del control de la leishmaniasis en Afganistán. Hay un centro de gestión de casos de leishmaniasis en Kabul y 20 centros en las otras 20 provincias endémicas. La OMS es el socio técnico principal. Organizaciones no gubernamentales como la Media Luna Roja Afgana y el Servicio Médico Alemán administran 3 clínicas en Kabul donde personal local se encarga del manejo de los pacientes con LC, con medicamentos proporcionados por la OMS y el PNCML.

La actual estrategia de control de la LC en Afganistán es el tratamiento de casos activos con antimoniales pentavalentes (estibogluconato de sodio o antimoniato de meglumina). Entre 2003 y 2016, los medicamentos anti-leishmania no formaban parte del paquete básico de servicios de salud para la atención primaria de salud debido a su alto costo, y el programa de leishmaniasis quedó suspendido. El número de centros de tratamiento LC en Kabul cayó de 13 en 2003 a 4 en 2015. Por lo tanto, los pacientes afectados por leishmaniasis tenían que comprar medicamentos en farmacias locales, donde los productos eran caros y su calidad no siempre estaba asegurada. Por ejemplo, el precio de un frasco de Glucantime® en farmacias es de US \$ 5-6, mientras que el fabricante lo vende a US \$ 1.2 por vial a un precio negociado por la OMS.

Desde 2009, la OMS ha brindado apoyo técnico para la elaboración de una nueva estrategia nacional de control de la LC. La estrategia incluye nuevas directrices para la gestión de casos (que se emitieron en 2012 y 2014, aunque el proyecto aún no ha sido aprobado por el Ministerio de Salud Pública), un

sistema de vigilancia revisado (en 2011), capacitación del personal de salud en todo el país, actividades educativas para aumentar la conciencia pública y el apoyo financiero para procurar medicamentos de calidad garantizada. Sin embargo, los donantes no han estado interesados en financiar el programa de control de la LC o medicamentos anti-leishmania, que se estima que cuestan US \$ 0,5 millones / año para tratar a 30 000 pacientes.

La situación mejoró en 2015 con el apoyo de la OMS para el suministro de medicamentos anti-leishmania, y se incrementó el número de casos de LC detectados y tratados regularmente. En 2017, el Ministerio de Salud Pública acordó incluir la leishmaniasis en el paquete básico de servicios de salud y en el paquete esencial de servicios hospitalarios, y la OMS ha apoyado la capacitación del personal de salud y el desarrollo o suministro de herramientas de vigilancia para todas las instituciones de salud implicadas. La integración del diagnóstico de leishmaniasis y el manejo de casos en los paquetes básicos y esenciales asegurará que los medicamentos contra la leishmaniasis estén disponibles en todo el país.

Estudio

Se analizó la información proporcionada por todos los centros de que prestan servicios en leishmaniasis en el país para determinar el número de casos detectados desde 2003. Los datos sobre los resultados del tratamiento para el periodo 2012-2016 se obtuvieron a partir del sistema mejorado de registro e información de 4 provincias (Kabul, Balkh / Mazar, Herat y Parwan). El sistema de vigilancia actualmente solo captura casos que son diagnosticados y tratados en el sector público; no se tiene información oficial de los datos sobre los pacientes tratados en el sector privado. También se investigaron los cambios en la estrategia de control de CL a lo largo del tiempo.

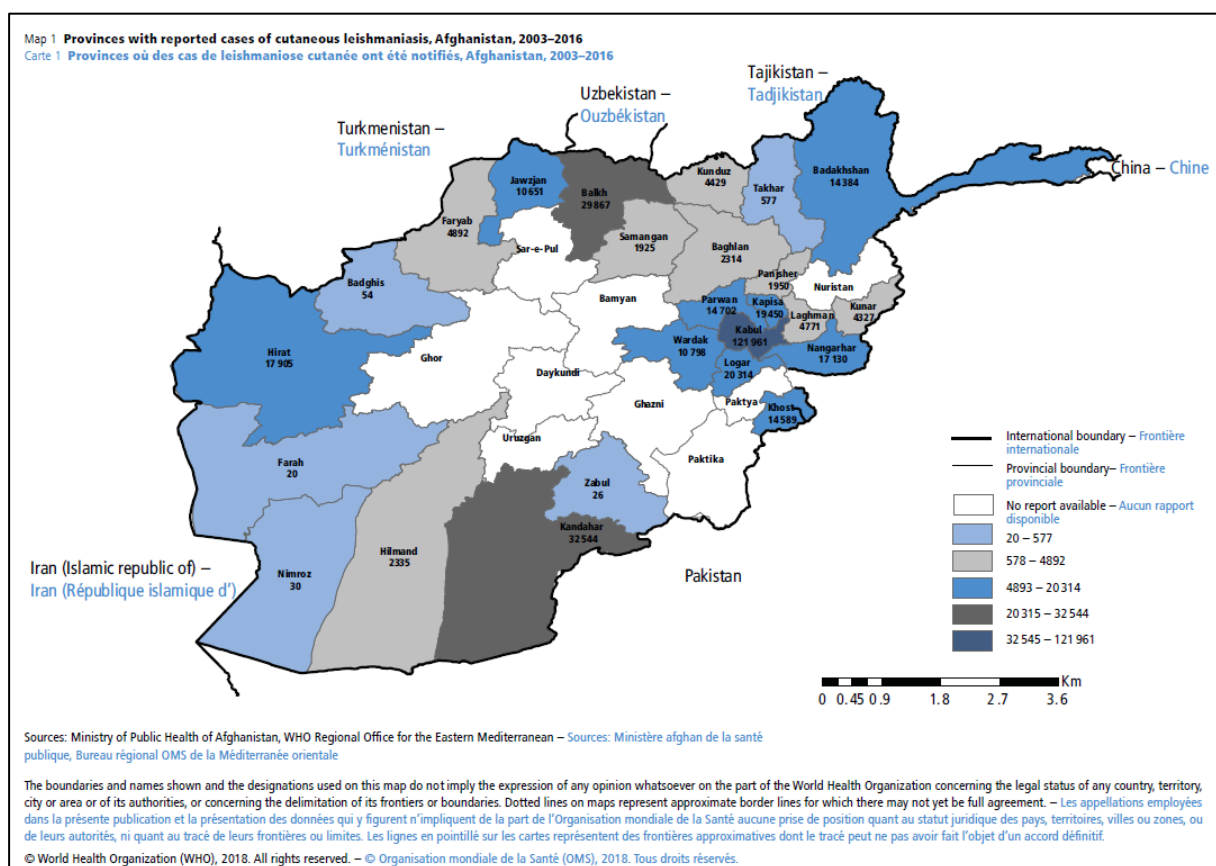
Entre 2003 y 2016, se notificaron 351 945 nuevos casos de LC (Mapa 1), observándose un fuerte aumento del número de casos desde el periodo 2003-2005 (promedio de 11 000 casos / año) al 2007-2012 (promedio de 32 000 casos / año). El número de casos disminuyó a un promedio de 21 000 casos en los años 2013 y 2014, para volver a aumentar a 32 000 en 2015 y 2016. De los 351 945 nuevos casos de LC, el 49% (n = 172 588) eran mujeres, el 22% (n = 78 106) niños menores de 5 años, y el 40% (n = 140 513) niños de 5 a 14 años.

En 2011, se agregaron 10 nuevas variables e indicadores al sistema de vigilancia para capturar información sobre: tipo de enfermedad (LC antroponótica o LC zoonótica); tipo de lesión (es decir, pápula, nódulo, úlcera); cantidad de lesiones; tamaño de las lesiones; duración de la enfermedad desde el comienzo de la lesión; tipo de terapia (intralesional o intramuscular); resultado del tratamiento (es decir, curación, recaída, incumplimiento); tipo de diagnóstico (parasitológico o clínico); historia de lesiones y otros casos en la familia; e historial de viajes en los 6 meses anteriores.

Entre 2012 y 2016, se registraron 66 795 casos de LC en las 4 provincias con el nuevo sistema de vigilancia. De 54 383 pacientes que completaron el tratamiento, 67.6% (n = 37 326) fueron dados de alta con una curación inicial, 4% (n = 2249) recayeron, y 15% (n = 8011) fueron seguidos después de la finalización del tratamiento. No se informaron casos de fracaso terapéutico (Figura 1, Tabla 1). El número de pacientes dados de alta después de completar un curso de tratamiento completo disminuyó de 13 000 en 2012 a 7400 en 2013 (reducción del 43%) y a 5530 casos en 2014 (reducción del 57%). El número aumentó a 10 157 casos en 2015 a 18 285 casos en 2016. El número de casos de que no completó la terapia aumentó de 2756 casos en 2012 a 4000 casos en 2013 y 3000 casos en 2014, y disminuyó a 1524 en 2015 y 1134 en 2016.

En 2011 el PNCML, con el apoyo de la OMS, desarrolló una nueva estrategia nacional de control de la LC, incluida la extensión de la cobertura del programa para detección temprana de casos y tratamiento efectivo, fortalecimiento del sistema de vigilancia, capacitación del personal, investigación operacional, manejo integrado de vectores y control de reservorios. En 2012 el PNCML desarrolló directrices nacionales de gestión de casos. La base del manejo de casos es el diagnóstico clínico de LC, la confirmación por microscopía, cuando esté disponible, y el tratamiento con inyecciones intralesionales (una vez a la semana durante 4-8 semanas) o intramusculares (diariamente durante 14-21 días) de antimoniales pentavalentes (estibogluconato o antimoniato de meglumina).

Desde 2009, el programa nacional de control con el apoyo de la OMS ha capacitado a 1000 médicos y enfermeras en el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de leishmaniasis.



Mapa 1. Provincias que informaron casos de leishmaniasis cutánea en Afganistán, 2003-2016.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Afganistán, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo oriental.

Las fronteras nombres mostrados y las designaciones utilizadas en este mapa no implican la expresión de ninguna opinión, por parte de la Organización Mundial de la Salud, sobre el estado legal de ningún país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, o en relación con la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las cuales es posible que aún no haya un acuerdo completo.

Figure 1 **Numbers of patients with cutaneous leishmaniasis who completed treatment and were initially cured and numbers of relapses, Balkh, Hirat, Kabul and Parwan provinces (Afghanistan), 2012–2016**
 Figure 1 **Nombre de patients atteints de leishmaniose cutanée qui ont suivi un traitement complet et ont présenté une guérison initiale et nombre de rechutes, provinces de Balkh, Hérat, Kaboul et Parwan (Afghanistan), 2012-2016**

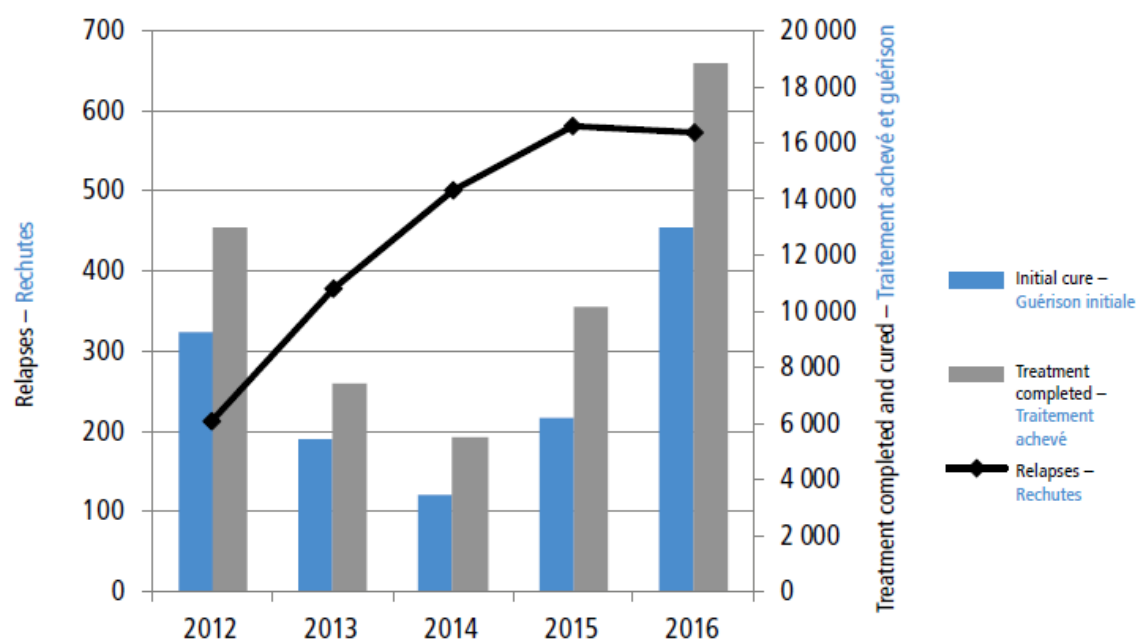


Figura 1. Número de pacientes con leishmaniasis cutánea que completaron el tratamiento y mostraron una cura inicial y número de recidivas, provincias de Balkh, Hirat, Kabul y Parwan (Afganistán), 2012-2016.

Discusión

A pesar de la inestabilidad política en Afganistán se observa un progreso considerable en el control de la LC. Esto incluye la integración de los servicios de gestión de casos de LC en el paquete básico de servicios de salud y el paquete esencial de servicios hospitalarios, que ampliará la cobertura y los servicios de diagnóstico y tratamiento en la mayoría de las áreas endémicas del país. Se ha establecido un programa activo que incluye nuevas directrices, extensión de actividades de vigilancia y provisión de medicamentos.

Sin embargo, hay desafíos importantes. Ha sido difícil determinar con precisión el número de casos de LC, en parte debido al sistema de notificación. Por ejemplo, se considera que la disminución en el número de casos entre 2003 y 2015 se debe al colapso de los servicios de leishmaniasis y no a una disminución real en el número de personas afectadas. Del mismo modo, la disminución de la prestación de los servicios de leishmaniasis puede explicar la disminución en el número de casos dados de alta con curación inicial después de completar un curso de tratamiento. Además, aún se desconoce el número de distritos endémicos en cada provincia. El subregistro también es un problema, particularmente el del número de mujeres que afectadas por LC. En vista de las barreras sociales y culturales para proporcionar el servicio de leishmaniasis, es probable que se vean afectadas muchas más mujeres que hombres.³

El control de la LC en Afganistán depende en su totalidad de fondos externos, ya que el Ministerio de Salud no ha asignado los fondos necesarios, más allá del pago de salarios. La extensión de los servicios de gestión de casos de LC debe ir acompañada de una creación de capacidad periódica para mejorar el conocimiento y las prácticas del personal y la supervisión adecuada de la funcionalidad del sistema de notificación para la gestión de casos de leishmaniasis. Todos los componentes de la

estrategia de control dependen de la capacidad del sistema de salud pública para gestionar los casos. Cuando los pacientes tienen que usar el sector privado, el número de casos "oficiales" disminuye, lo que lleva a una subestimación del número de casos registrados y, por lo tanto, a una menor atención. Hay poca información sobre las personas que no pueden acceder al tratamiento en el sector público o privado y, por lo tanto, sufren las secuelas de la enfermedad y contribuyen a mantener la transmisión de la enfermedad.

Tabla 1. Número de casos de leishmaniasis cutánea con resultado del tratamiento informado desde las provincias de Kabul, Balkh, Hirat

Table 1 Number of cutaneous leishmaniasis cases with treatment outcome reported from Kabul, Balkh, Hirat and Parwan provinces (Afghanistan), 2012–2016												
Tableau 1 Nombre de cas de leishmaniose cutanée avec notification des issues thérapeutiques dans les provinces de Kaboul, Balkh, Hérat et Parwan (Afghanistan), 2012-2016												
Province	Year – Année	Total no. of cases – Nbre total de cas	Treatment completed – Traite- ment achevé		Defaulter – Abandon		Initial cure – Guérison initiale		No. of follow-up after treatment completion – Nbre de cas suivis après la fin du traitement		Relapsed – Rechute	
			n	%	n	%	n	%*	n	%*	n	%**
Balkh	2012	1482	1453	98.0	29	2.0	748	51.5	695	47.8	8	1.2
Hirat – Hérat	2012	2393	1596	66.7	797	33.3	1504	94.2	21	1.3	39	2.6***
Kabul – Kaboul	2012	10900	9307	85.4	1593	14.6	6388	68.6	133	1.4	161	2.5***
Parwan	2012	990	653	66.0	337	34.0	603	92.3	8	1.2	6	75.0
Subtotal – Total partiel		15765	13009	82.5	2756	82.5	9243	71.1	857	6.6	214	25.0
Balkh	2013	1406	1382	98.3	24	1.7	461	33.4	911	65.9	10	1.1
Hirat – Hérat	2013	1788	615	34.4	1173	65.6	592	96.3	19	3.1	4	21.1
Kabul – Kaboul	2013	6999	4917	70.3	2082	29.7	3933	80.0	619	12.6	363	58.6
Parwan	2013	1209	488	40.4	721	59.6	481	98.6	5	1.0	2	40.0
Subtotal – Total partiel		11402	7402	64.9	4000	64.9	5467	73.9	1554	21.0	379	24.4
Balkh	2014	1225	1213	99.0	12	1.0	586	48.3	624	51.4	3	0.5
Hirat – Hérat	2014	1494	904	60.5	590	39.5	580	64.2	50	5.5	274	47.2***
Kabul – Kaboul	2014	4545	2731	60.1	1814	39.9	1650	60.4	860	31.5	217	25.2
Parwan	2014	1264	682	54.0	582	46.0	662	97.1	10	1.5	8	80.0
Subtotal – Total partiel		8528	5530	64.8	2998	64.8	3478	62.9	1544	27.9	502	32.5
Balkh	2015	777	696	89.6	81	10.4	589	84.6	97	13.9	10	10.3
Hirat – Hérat	2015	1022	930	91.0	92	9.0	631	67.8	273	29.4	26	9.5
Kabul – Kaboul	2015	9882	8531	86.3	1351	13.7	4945	58.0	824	9.7	546	66.3
Parwan	2015	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Subtotal – Total partiel		11681	10157	87.0	1524	87.0	6165	60.7	1194	11.8	582	48.7
Balkh	2016	1289	1239	96.1	50	3.9	1061	85.6	101	8.2	20	19.8
Hirat – Hérat	2016	2277	2163	95.0	114	5.0	1705	78.8	300	13.9	33	11.0
Kabul – Kaboul	2016	14940	14050	94.0	890	6.0	9641	68.6	2288	16.3	502	21.9
Parwan	2016	913	833	91.2	80	8.8	566	67.9	173	20.8	17	9.8
Subtotal – Total partiel		19419	18285	94.2	1134	5.8	12973	70.9	2862	15.7	572	20.0
Grand total – Total		66795	54383	81.4	12412	18.6	37326	68.6	8011	14.7	2249	28.1
n = number – nombre												
* Calculated as a proportion of those who completed treatment. – Calculé comme une proportion de patients ayant achevé le traitement.												
** Calculated as a proportion of those who were followed-up after treatment completion. – Calculé comme une proportion de patients ayant été suivis après la fin du traitement.												
*** Calculated as a proportion of those with initial cure. – Calculé comme une proportion de patients présentant une guérison initiale.												

y Parwan (Afghanistan), 2012-2016.

n= número; *Calculado como la proporción de aquellos que completaron el tratamiento. **Calculado como la proporción de aquellos que fueron seguidos después de completar el tratamiento. ***Calculado como la proporción de aquellos con cura inicial.

El control de la LC zoonótica consiste en el control de roedores, mientras que el control de la LC antroponótica se basa en el diagnóstico rápido, tratamiento y medidas preventivas contra las picaduras de los flebótomos. Además de algunos informes anecdóticos de control del reservorio de roedores en entornos localizados, no se están utilizando medidas de control de LC, más allá del manejo de casos.

El período de transmisión de la enfermedad se reducirá a medida que disminuya el número de pacientes que no cumplan con su tratamiento y que los casos de LC se diagnostiquen en etapas iniciales (lesiones papulares y nodulares) debido a una mejor conciencia pública de la importancia de buscar tratamientos oportunos, evitando así casos severos debido a un tratamiento inapropiado.

Direcciones futuras

El programa de control de LC debe recibir pleno apoyo para poder extender su cobertura de prestación de servicios y garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios de alta calidad en todas las áreas endémicas. Esto resultará en:

- mejor acceso a un diagnóstico efectivo y tratamiento oportuno y completo para reducir el período de transmisión de la enfermedad y las secuelas;
- mejor detección y vigilancia de casos, para reducir el subregistro de casos; y
- actividades de control de CL, con un enfoque en el control de yacimientos y la prevención de enfermedades.

Además, existen alternativas a los antimoniales pentavalentes, como la termoterapia, que podría ser una estrategia más rentable a largo plazo, pero requerirá una gran inversión para tener amplia cobertura (aproximadamente US \$ 20 000 por centro de tratamiento).

Sin el apoyo financiero adecuado, el número de casos de CL en Afganistán continuará siendo inaceptablemente alto.

Agradecimientos

Agradecemos a Sanofi, la Agencia Francesa de Desarrollo y La Caixa por el apoyo financiero para las actividades de control de la leishmaniasis.

¹ Ver No. 29, 2002, p. 246.

² Alvar J, Vélez ID, Bern C et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. PLoS One. 2012;(7):7.

³ Increasing access to health care services in Afghanistan with gender sensitive health service delivery. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/leishmaniasis/burden/Leishmaniasis_Afghanistan/en/, accessed April 2018).

Traducido al español por:

Israel Cruz Mata

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III