

Enfermedades emergentes. Enfermedades olvidadas

Jorge Alvar^{1,2}
Pilar Aparicio²

¹Presidente
de la Sociedad
Española de Medicina
Tropical y Salud
Internacional
²Centro Nacional
de Medicina Tropical
Instituto de Salud
Carlos III

En el último año nos hemos acostumbrado a oír hablar de una enfermedad nueva, el síndrome agudo respiratorio grave o SARG. Esta enfermedad comenzó a causar problemas en noviembre de 2002 (quizás varios meses antes, en China), y produjo 8.461 casos con 804 muertes, generando una gran alarma social, justificada por su alta fuerza de transmisión, potenciada aún más por los portadores de altas cargas virales o "superdiseminadores".

Para contrarrestar esta epidemia se organizó una concertación internacional de entidades públicas y privadas sin precedentes. En efecto, el desconocimiento del agente causal, su rápida propagación internacional, la gravedad del cuadro clínico con una alta tasa de mortalidad (10%) y la alta tasa de ataque entre los sanitarios, creó una conciencia de emergencia mundial que permitió el descubrimiento del virus en un tiempo récord, el desarrollo de varias pruebas diagnósticas, y acuerdos para la "definición de caso" aceptados de forma universal. Sin duda, la cobertura permanente del problema por los medios de comunicación e internet también contribuyeron a la conciencia social de emergencia. El establecimiento de pautas de vigilancia epidemiológica desde la salud pública permitió el control rápido de la epidemia a pesar de la contagiosidad del virus, incluso en lugares con una gran densidad de población y con el agravante de su fácil propagación por el tráfico aéreo. La compañía Bio Economic Research Associates, Cambridge, calculó que la epidemia había costado mil millones de dólares.

Este ejemplo es perfecto para comprender las implicaciones de una *enfermedad emergente*. De manera más académica las podemos definir como aquellas patologías, generalmente infecciosas, de nueva descripción o reconocidas como nuevas, también las que repuntan en zonas donde no existían o habían sido erradicadas, las que cambian su patrón epidemiológico, y aquellas que, en muchos casos, son de origen animal y han logrado saltar la "barrera entre especies" adaptándose finalmente al humano.

Como característica general, son muy contagiosas y frente a ellas no se dispone de arsenal terapéutico para controlarlas, motivos por los que crean gran alarma social.

Pero ¿cuáles son los factores que determinan la emergencia o re-emergencia? Hay varios aspectos destacables. En algunas enfermedades es la adaptación genética de los microorganismos al tratamiento habitual, con la aparición de multirresistencias a los antibióticos limitándose peligrosamente la capacidad de tratarlas. En otras enfermedades lo que posibilita la emergencia son los cambios de hábitos, sobre todo los culinarios y la tenencia de animales exóticos de compañía. Los movimientos demográficos permiten la implantación de ciertas patologías en zonas previamente limpias; no se debe desestimar que casi el 2% de la población mundial está desplazado en este momento por guerras, hambrunas, persecuciones étnicas o religiosas, o por búsqueda de mejoras laborales. Pero, quizás, el escaso desarrollo de los sistemas de salud, o su hundimiento por el empobrecimiento o las guerras, ha conducido a la mayor propagación de las enfermedades infecciosas. Los viajes internacionales y comerciales se encargan de su rápida dispersión sin limitación de países o continentes, al pasar inadvertidas si aún están en su periodo de incubación, generalmente de varios días; se calcula que el equivalente al 10% de la humanidad se desplaza cada año fuera de sus propias fronteras y que muchos de esos viajes internacionales permiten el contacto con ciclos de enfermedades exóticas. Como ejemplo del riesgo de dispersión de enfermedades por motivos ligados al comercio, por dos veces consecutivas se ha introducido *Aedes albopictus* en la región italiana del Venetto, un magnífico vector del dengue traído en barcos desde América. Los cambios medioambientales, con las prácticas agrícolas intensivas, la deforestación y el cambio climático a la cabeza, permiten la implantación de ciclos de enfermedades en lugares que les eran ajenos. Valga como ejemplo que en la gran reemergencia actual de

Correspondencia:
Jorge Alvar
Centro Nacional
de Medicina Tropical
Instituto de Salud Carlos III
Sinesio Delgado, 10
28029 Madrid

la enfermedad del sueño, con más de 300.000 casos anuales, se postula que una de las razones - además del citado hundimiento de los sistemas de salud africanos por las guerras y desplazamientos - es la tala de bosques, lo que permite la recolonización de esos espacios por la mosca tse-tse del grupo *Morsitans*, un potente vector de tripanosoma. Otro elemento que contribuye a la descripción de nuevas enfermedades es la mejora de la capacidad diagnóstica, con métodos exquisitos en sensibilidad y especificidad, capaces de detectar gérmenes hasta ahora inéditos. Por último, la inmunosupresión - con el sida a la cabeza - facilita la incorporación de microorganismos que, en condiciones de inmunidad normal, no serían patógenos y que ha supuesto una explosión en la descripción de nuevos parásitos humanos, como los microsporidios.

Se cree que cada año aparece una nueva enfermedad con mayor o menor impacto y, como muestra, en los últimas dos décadas se han descrito enfermedades tan señaladas como la legionelosis y el Ébola en 1976, el VIH en 1983, la hepatitis C en 1989, en 1996 la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt Jacob, o el coronavirus responsable del SARG en 2003. Frente a todas ellas el mundo occidental ha sabido organizarse para protegerse, bien mediante sistemas de vigilancia y control epidemiológicos, incorporando métodos de detección precoz muy precisos o desarrollando medicamentos y vacunas. Este ejercicio de renovación constante ante situaciones nuevas es, por otra parte, beneficioso desde el punto de vista intelectual por el reto que suponen, y revitaliza a la industria farmacéutica que se vuelca con inversiones para desarrollar patentes.

Pero al mismo tiempo que se producen estas nuevas epidemias convivimos con las llamadas *enfermedades olvidadas*. Saltemos de escenario, por ejemplo, a la región de Fulbaria en Bangladesh. Musauddin, de 12 años, tiene fiebre desde hace tres meses, come poco, ha perdido peso y tiene el abdomen voluminoso. Probablemente es kala-azar (leishmaniasis) porque en su pueblecito lo ha tenido el 6% de la población en los últimos tres años, de hecho su hermana murió por esta enfermedad. Es una patología muy conocida pues en el 20% de las viviendas ha habido algún caso. El tratamiento cuesta unos 50 euros pero la renta *per capita* mensual son nueve. Ya vendieron la vaca y será difícil conseguir un préstamo para pagar el tratamiento: la probabilidad de haber vendido los animales o tierras es tres veces superior en las casas donde ha habido algún caso de kala-azar. A pesar de todo, quizás tenga más suerte que su hermana pues mientras que la mortalidad de esta enfermedad es del 6% en los varones, pasa al 19% en las

mujeres ya que sólo van al médico después de logrado el permiso del marido.

Las enfermedades olvidadas son ajenas al mundo occidental, causan una alta carga de enfermedad y no son rentables para la industria farmacéutica. En ellas no se investiga proporcionalmente a la carga de enfermedad que cada una de ellas ocasiona, y no se invierte pues no hay recuperación económica. En muchos otros casos hay medios para controlarlas o tratarlas, pero como en el caso real de Musauddin, sencillamente no hay acceso al medicamento.

Por poner algunos ejemplos, en el mundo hay de 300 a 500 millones de casos de paludismo al año, con un millón de muertes; 200 millones de esquistosomiasis, muchos de ellos asociados al cáncer de vejiga; 120 millones padecen filariasis linfática de los que 40 están discapacitados; otros 40 millones padecen amebiasis; 18 millones tienen oncocercosis, con un alto porcentaje que desarrollará ceguera; en Iberoamérica hay 16 millones de personas afectadas por la enfermedad de Chagas; otros 12 millones sufren leishmaniasis en este momento; sólo en Costa de Marfil hay 15.000 casos de úlcera de Buruli; y un interminable etcétera.

Pero las enfermedades olvidadas son olvidadas en tanto que afectan a las poblaciones más desfavorecidas. Así, la tuberculosis y el sida se comportan como emergentes en el mundo desarrollado y son olvidadas en los países en desarrollo. Por afectar al mundo occidental, son patologías bien conocidas, hay métodos diagnósticos y recursos terapéuticos, pero son tan caros que los países de renta baja no tienen acceso: estas dos enfermedades causan en ellos más de tres millones de muertes anuales.

Las enfermedades olvidadas imponen una pesada carga económica en términos de pérdida de productividad e impiden el desarrollo socioeconómico de las siguientes generaciones. Desde el punto de vista individual, los enfermos requieren cuidados costosos y prolongados, y muchas enfermedades conllevan discapacidad permanente, con frecuencia desde la juventud; en la enfermedad del sueño tratada tardíamente, es común el retraso mental. Algunas se asocian a un gran estigma y los enfermos se autoexcluyen constituyendo comunidades, como los *mayabats* de leproso en Camerún.

De estas enfermedades, las transmitidas por insectos han sido consideradas durante mucho tiempo imposibles de controlar una vez fracasados los programas de control vectorial con insecticidas, la gran esperanza durante las décadas de los 50 a los 70. La OMS con el Banco Mundial, el PNUD y otros so-

cios, lanzaron el Programa de Control de la Oncocercosis en África occidental en 1974 gracias al descubrimiento de que un medicamento desarrollado para su uso en ganadería era muy eficaz en la protección de esta helmintiasis humana. Fue el primer programa en asegurar la donación de medicamentos y, todavía ahora, se considera un prototipo para las asociaciones público-privadas que reciben donaciones de fármacos por la industria. Este acercamiento del mundo farmacéutico le otorga una posición de protagonista privilegiado en la denominada corresponsabilidad social ante estas enfermedades.

El hecho de que la malaria haya alcanzado las mismas cotas escandalosas de morbi- mortalidad que las que había al comienzo del siglo XX, ha supuesto que se le rescate de la gran bolsa de las enfermedades olvidadas gracias al reciente programa mundial "Retroceder el Paludismo"; le han seguido el programa "Parar la Tuberculosis", la "Alianza Global frente a la Lepra" y otros. El "Programa de Eliminación de la Filariasis Linfática" se inauguró en el año 2000 logrando proteger 3 millones de personas en zonas de riesgo, también con donaciones significativas de medicamentos; en 2003 se puso a 125 millones bajo profilaxis, pero aún restan otros ¡1.100 millones por proteger!

Otras enfermedades están corriendo el riesgo de quedarse olvidadas entre las olvidadas. Las leishmaniasis, por ejemplo, siguen tratándose con los mismos fármacos que hace 60 años y no hay muchas alternativas reales. Médicos Sin Fronteras, a través

de la iniciativa "Medicamentos para las Enfermedades Olvidadas" (DNDi), quiere impulsar la investigación de nuevos fármacos para las grandes olvidadas, en muchas ocasiones volviendo a fórmulas conocidas que quedaron aparcadas por motivos diversos, en otras mediante la utilización de combinaciones de medicamentos, lo que puede potenciar la eficacia y retrasar la aparición de resistencias, aspecto crítico cuando sólo hay dos o tres de segunda intención.

Es mucho lo que se ha hecho y mucho más lo que queda por hacer. El estudio de las enfermedades emergentes y enfermedades olvidadas se dan la mano en este multicongreso en Valencia. La *Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional* (SEMTSI) celebra su IV Congreso Nacional, y por proximidad temática, se reúne simultáneamente con el IX *Multicongreso Europeo de Parasitología* (EMOP) y la VII *Reunión Internacional de Epidemiología Molecular y Evolución Genética de Enfermedades Infecciosas* (MEEGID). Es una excelente oportunidad de aproximarse a los mismos problemas, emergentes u olvidados, desde los puntos de vista médico, de la salud internacional, la parasitología y la epidemiología molecular con los mejores especialistas del momento y gracias al ciclópeo esfuerzo de nuestros colegas de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valencia. Musauddin tiene nombre propio para nosotros.

(Agradecemos a la Dra. Caryn Bern, del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, CDC, los datos epidemiológicos facilitados).