
Situación actual del SIDA en el tercer mundo^(*)

A. Cirera Viladot, P. Ustero Alonso

Departamento Técnico de Médicos Sin Fronteras-España.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 271-275

Anna Cirera Viladot, anna.cirera@barcelona.msf.org

Resumen

La epidemia de SIDA afecta a más de 40 millones de personas en todo el mundo, de las cuales más del 90 % viven en África subsahariana. Tres millones de personas mueren por su causa cada año, de las cuales 700.000 son niños menores de quince años. La falta de acceso al tratamiento y la falta de presentaciones pediátricas adecuadas auguran que en el futuro esta catástrofe humanitaria será aun mayor si no se ponen en marcha estrategias reales en la lucha contra la enfermedad.

Palabras clave: SIDA/VIH, Medicamentos esenciales, Mortalidad infantil.

Abstract

The AIDS epidemic affects more than 40 million people in the world, more than 90 % of them living in subsaharian Africa. Three million people die every year due to AIDS, and 700.000 of them are children. The lack of access to therapy and the lack of appropriate pediatric formulations make us fear that this humanitarian catastrophe will be even worse in the near future, unless effective strategies are put in practice.

Key words: AIDS/HIV, Essential drugs, Child mortality.

En diciembre de 2003 en el mundo había unos 40 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con cinco millones de nuevos infectados cada año y

tres millones de muertes anuales por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por lo que se refiere a la población menor de quince años, estas cifras fueron de 2,5 millones, 700.000 y 500.000, respectivamente^{1,2}. De las personas que murieron, el 90 % lo hicieron en África subsahariana, donde, a pesar de ser la zona más afectada por la pan-

^(*) Corresponde a la ponencia presentada en la Mesa Redonda sobre Cooperación Internacional (Sesión Científica AEPap) en el 53.º Congreso de la AEP, Madrid 17 a 19 de junio de 2004.

demia, sólo el 1 % de la población afectada tiene acceso al tratamiento. En esta situación, los sectores que más sufren las consecuencias son los más vulnerables, es decir, las mujeres y los niños.

El 90 % de los niños infectados por el VIH viven en África subsahariana y las posibilidades que tienen de acceder al tratamiento son realmente escasas. En esta zona hay unos 11.000.000 de huérfanos (la mayoría también debido al SIDA), número que probablemente irá en aumento, ya que se estima que en unos años el 95 % de los huérfanos vivirá en esta zona del planeta. Esta población no tiene recursos económicos y, por tanto, será muy difícil que pueda acceder a los sistemas de salud y a recibir un tratamiento. Hay que tener en cuenta, además, que en estas zonas donde el SIDA está todavía muy estigmatizado, el hecho de ser seropositivo genera rechazo social, con lo que el enfermo, y en especial los niños, quedan en una situación de total desamparo. Éstos son los factores que explican la duplicación de la tasa de mortalidad infantil de los últimos años en estos países.

Las principales causas de infección por el VIH en la infancia y adolescencia son principalmente la transmisión vertical y la vía sexual. Existen múltiples medidas que podrían hacer disminuir la in-

cidencia del VIH en esta población, pero las limitaciones de recursos humanos, técnicos y económicos hacen que en los países más pobres el número de niños infectados vaya progresivamente en aumento.

El objetivo de evitar la transmisión de la infección requiere, entre otros aspectos, disminuir los embarazos no deseados mediante medidas anticonceptivas y evitar la infección de la mujer, principalmente con el uso del preservativo durante las relaciones sexuales. Para ello se deberían crear centros de salud y programas de educación sanitaria. También resulta indispensable involucrar a toda la comunidad, padres, maestros, políticos, dirigentes religiosos, etc., para conseguir que los menores tengan un mejor conocimiento de la enfermedad. Lo que debe conseguirse es que disminuyan las nuevas infecciones y que se controle mejor la infección, así como que todas las personas seropositivas gradualmente se reintegren en la sociedad. Que un niño infectado tenga acceso a la escuela es un derecho fundamental.

La tasa de transmisión vertical para mujeres VIH positivas se sitúa en el 35 % (15-20 % durante el embarazo, 50 % durante el parto y 33 % durante la lactancia materna), aunque a día de hoy al-

gunas medidas han demostrado su eficacia para reducir estas cifras. A título de ejemplo: mediante un diagnóstico precoz se puede hacer un tratamiento profiláctico con zidovudina a la madre durante el tercer trimestre del embarazo y al recién nacido durante la primera semana de vida, con lo que se reduce el riesgo de transmisión en un 70 %³. Sin embargo, en algunas zonas de África subsahariana menos del 2 % de las mujeres infectadas van a tener acceso a este tratamiento. Medidas más simples, como la administración de una dosis única de nevirapina a la madre y al recién nacido en el momento del parto también han demostrado ser eficaces. Sin embargo, esta última pauta, administrada de forma generalizada, tiene el riesgo potencial de aumentar la resistencia al fármaco. Este peligro se evitaría si se dispusiera de los recursos suficientes para diagnosticar con rapidez al recién nacido, lo que permitiría su tratamiento y, por tanto, erradicar la infección. La cesárea electiva para mujeres seropositivas indicada en países industrializados es hoy por hoy inviable en estos países de recursos limitados. Hay muchos estudios que demuestran que es posible reducir el riesgo de transmisión vertical a menos del 2 %, pero lo deseable sería poder conseguir este éxito también en los países pobres.

En los países desarrollados la lactancia

artificial ayuda a disminuir el riesgo de transmisión vertical, pero la mayoría de mujeres de países pobres no pueden llevarla a cabo. Entre los motivos que lo explican figura su precio elevado, junto con el hecho de que el abandono de la lactancia materna comporta un aumento del riesgo de infección por otros microorganismos y también un cierto rechazo social. Los bancos de leche humana son una buena alternativa en estas zonas, pero hoy día Brasil es el único país que dispone de suficientes bancos de leche humana; se trata de más 100 bancos distribuidos por las maternidades del país, donde se pasteuriza la leche, haciéndola así accesible a la mayor parte de la población.

En junio de 2001, la Asamblea de las Naciones Unidas para temas de SIDA se propuso como objetivo disminuir el número de lactantes infectados por el VIH en un 20 % en el año 2005 y en un 50 % en 2010. Estas expectativas parecen hoy una utopía, lo que contrasta con la estimación de que más de 200.000 niños morirán cada año a causa del SIDA. No es pues justificable bajo ningún punto de vista limitar recursos ni esfuerzos para conseguir estos objetivos.

Es muy importante hacer un diagnóstico precoz tanto de la infección como del SIDA, ya que ello permite, en cada

caso, bien la instauración de quimioprofilaxis bien el inicio del tratamiento en fases tempranas de la enfermedad, en las cuales el virus es más agresivo. En muchos países no desarrollados no se dispone de las técnicas más simples para detectar los anticuerpos frente al VIH, lo que predispone al infradiagnóstico de la enfermedad. Pero, además, dado que el niño tiene anticuerpos maternos hasta los 15-18 meses de vida, se requieren técnicas más complejas de detección de RNA viral para llegar a un diagnóstico preciso. La carencia de estas técnicas en zonas pobres supone un riesgo de diagnóstico y tratamiento erróneos.

El tratamiento del VIH en las edades pediátricas sigue siendo un tema complejo. Como sucede en los adultos, el objetivo es conseguir que el VIH se convierta en una enfermedad crónica del niño, pero hoy por hoy las limitaciones en este campo son enormes. Un hecho determinante es que los estudios sobre antirretrovirales están focalizados preferentemente en edades adultas. Otro punto clave es el de las presentaciones de los distintos medicamentos. En muchos países no hay presentaciones pediátricas, lo que obliga a conseguir las dosis adecuadas al peso de los niños a partir de comprimidos, con la consiguiente complejidad técnica y el mayor coste. Además, los

márgenes terapéuticos de algunos antirretrovirales son estrechos, lo que complica aun más la situación. Cuando existen, las presentaciones pediátricas suelen ser en jarabe, que a veces precisa unas condiciones de almacenamiento y conservación difíciles de conseguir en determinados países. Las dosis fijas combinadas (DFC) se contemplan como una herramienta muy útil para el tratamiento del SIDA, ya que promueven el cumplimiento, disminuyen el riesgo de resistencias y, lo que es también importante en estos países, facilitan su almacenamiento y dispensación, con lo que se abaratan los precios. Desgraciadamente, en el momento actual no existen formulaciones pediátricas de DFC. Así, en abril de 2004 existía una formulación para adultos de primera línea de tratamiento con dosis fijas combinadas de d4T (estavudina) + 3TC (lamivudina) + NVP (nevirapina), mientras que para niños se disponía únicamente de tres jarabes distintos que había que dosificar según el peso y luego mezclar. El precio anual del tratamiento era de 284 dólares para adultos, mientras que para los niños era de 283,2 dólares. En una segunda línea de tratamiento (ZDV (zidovudina) + ddl (didanosina) + NFV (nelfinavir)), los precios eran de 1.096 dólares al año para adultos y de 3.191 dólares al año para los niños.

Pero, incluso para aquellos enfermos que puedan tener acceso a un diagnóstico y tratamiento, existen dificultades adicionales. Los principales aspectos que se deben mejorar son el cumplimiento del tratamiento y el manejo adecuado de las complicaciones que puedan ir surgiendo.

Una de las iniciativas que intentan ayudar a paliar estas situaciones de injusticia es la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME) de Médicos sin Fronteras (MSF)⁵, en la que, además de facilitar el acceso de medicamentos a precios asequibles para los países más necesitados, se intenta promover la investigación y el desarrollo de fármacos para poblaciones minoritarias.

Hoy por hoy, el derecho del niño infectado a recibir un tratamiento pediátrico en cualquier lugar del mundo es vulnerado por el hecho de que la población infantil no es un objetivo rentable para las compañías farmacéuticas. Por ello, es misión de todos conseguir involucrar a los estados, a las empresas farmacéuticas y al sector civil para conseguir que el acceso al tratamiento universal no sea un lujo, sino que se convierta en un derecho básico de cualquier niño del mundo. Nadie puede negar la evidencia de que el SIDA es hoy en día una enfermedad que se puede prevenir, diagnosticar y tratar, y sólo hace falta la voluntad de todos para conseguirlo.

Bibliografía

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. OMS. Ginebra, mayo de 2004 [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: www.who.int/whr/2004/en/overview_es.pdf
2. Joints United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: www.unaids.org/en/default.asp
3. Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection (January 20, 2004). Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Chil-

dren [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/default_db2.asp?id=51

4. Naciones Unidas. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Crisis mundial-Acción mundial. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General-VIH/SIDA, 25-27 de junio de 2001 [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: www.un.org/spanish/ag/sida/index.html

5. Médicos Sin Fronteras. Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: www.msf.es/3_1.asp