

Notas sobre Epidemiología de Campo durante la epidemia de Ébola en Guinea Conakry

Notes on Field Epidemiology during the Epidemic of Ebola in Guinea Conakry

Juan B. Bellido-Blasco

Centro de Salud Pública de Castellón. Universitat Jaume I (UJI). Castellón.

Espero poder ofrecer lo que se me ha solicitado, un relato de lo que vi, oí y viví durante mi ultramodesta aportación sobre el terreno en verano de 2015, cuando la epidemia de Ébola había menguado, y las tareas se centraban en la fase II de "la Riposta". Relato que, aunque taraceado de un tono personal, contenga aspectos que puedan tener un interés más allá de la mera vivencia particular. No seré el primero en intentarlo¹. Ni por pensamiento pretendo un análisis concienzudo de la epidemia, no está a mi alcance.

Lugar

Guinea es un país con una superficie de 245.000 km² (la mitad que la de España), que alberga 10,5 millones de habitantes con una esperanza de vida de 56 años². A lo largo de la epidemia de Ébola se han registrado más de 3.800 casos de Ébola y 2.500 defunciones³. En Guinea se hablan diversas lenguas ligadas a las respectivas etnias (soussou, malinqué, peulh...), pero es un país francófono y con notables vínculos con Francia, que se aprecian en la nomenclatura y organización administrativa del país. Hay 8 regiones y 33 "prefecturas".

Dubreka, donde fui destinado en misión, es una prefectura vecina de la capital Conakry. En realidad los barrios periféricos de Conakry se funden hacia el Este sin solución de continuidad con las aglomeraciones de casas ya asentadas en la Prefectura de Dubreka. Más adentro, encontramos las poblaciones rurales,

en un ambiente muy distinto. Hay un *Hospital Préfectoral* y una *Direction Préfectorale de Santé*, la DPS, desde donde se organizan la actividad relativa a Salud Pública.

En la DPS teníamos nuestra base de operaciones. Una construcción de planta baja, situada en una zona de poca densidad urbana, sin comercios ni establecimientos a la vista. Allí acudíamos diariamente cada uno desde nuestro lugar de hospedaje, que podía estar más o menos alejado. En mi caso, a unos 6 kilómetros. En la DPS no había agua corriente ni red eléctrica urbana. Cada uno llevaba siempre su botella de agua en la mochila. La electricidad provenía de un ruidoso generador instalado en el patio trasero de la DPS y junto al cual se había instalado un pequeño módulo ortoédrico prefabricado, con dos ventanas, que servía de oficina principal del equipo.

Misión

Podemos decir que la faceta más conocida de la epidemia –aparte de las cifras enormes de casos y muertes– es la que atañe a los centros de tratamiento de enfermos de Ébola (CTE). Es en ellos donde se concentra gran parte de la atención de los medios y es allí donde han tenido que enfrentarse a la ingente y arriesgada tarea de acoger y tratar a los pacientes. La intervención de *Médicos Sin Fronteras* ha sido crucial en la epidemia, sobre todo en este ámbito de trabajo^{4,5}.

Correspondencia: Juan B. Bellido-Blasco
E-mail: bellido_jua@gva.es

Pero cabe preguntarse ¿quién se ocupa de identificar los casos sospechosos en la comunidad? ¿Y de elaborar el censo de contactos y realizar su seguimiento durante el periodo de cuarentena? ¿Quién y cómo se trabajaba para que los sanitarios de los centros de salud ante casos sospechosos adoptaran las medidas de protección apropiadas y evitaran contagiarse? Para que la detección precoz, traslado, aislamiento de los enfermos en los CTE disminuyera el riesgo de contagio a sus convivientes y al mismo tiempo mejorara el pronóstico del paciente. Un trabajo quizá menos conocido para controlar la epidemia, para intentar no ya tratar a los enfermos, sino que hubiera menos enfermos que tratar.

Organización central

La Coordinación Nacional de “la Riposta” encabeza la estructura organizativa. Por debajo había cinco Comisiones. Nuestro trabajo como epidemiólogos sobre el terreno vino a depender de la *Commission de Surveillance*, es decir, de la Vigilancia Epidemiológica. Durante las reuniones iniciales en el Bureau de la OMS, Conakry, fuimos puestos al corriente de algunas particularidades respecto a la definición de caso confirmado, caso probable y caso sospechoso de Ébola; cómo actuar ante un posible caso sospechoso de Ébola, o en la casa donde éste había permanecido. Y también se insistió en consejos para actuar ante ciertas situaciones que podían ser difíciles o imprevistas relativas a seguridad y estrés. Había habido algunos incidentes. Uno de ellos fue la quema de una ambulancia poco antes en Tanéné, una población de Dubreka, prefectura a la que fui destinado en misión al día siguiente de recibir esta información (Figura 1).

Actividades sobre el terreno

El equipo epidemiológico de la DPS de Dubreka estaba formado por médicos guineanos –muy jóvenes– ocupados específicamente en tareas de la Riposta, por los colaboradores expatriados que allí habíamos sido destinados (por los ECDC, CDC, OMS), un logista y conductores de la pequeña flota de vehículos todo-terreno. Unas 40 personas, más o menos. En la DPS estaba la sede de las autoridades y responsables guineanos de salud Pública y había presencia, regular o irregular, de otras Comisiones y organizaciones. Los colaboradores en epidemiología procedíamos de Francia, Italia, Canadá, Camerún, Congo y España. El coordinador de campo (*field coordinator*) en el momento que llegué era Tarik Derrough, un extraordinario epidemiólogo franco-argelino, muy joven, que a su vez dependía de Josep Maria Jansà, médico catalán, muy conocido en el ámbito

Figura 1. Llegada a Dubreka.



de la Salud Pública de nuestro país, que lleva años incorporado en el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC en sus siglas en inglés) y en aquel momento también estaba dirigiendo trabajos en el terreno. A ambos les debo agradecer su acogida y sus buenos consejos.

Puedo agrupar las tareas según su contenido y finalidad, aunque su ejecución estaba estrechamente relacionada. Entre ellas no incluyo la de coordinación con los distintos participantes en La Riposta, competencia del coordinador y que, desde luego, era trascendental, y le ocupaba mucho tiempo. Me referiré a las que desempeñaba el equipo. Son estas:

- Alertas
- Contactos
- Bases de Datos
- Vigilancia Activa y Supervisión de “Estructuras” de Salud
- Cadena de Transmisión
- Reuniones (regulares y extraordinarias)
- SitREP (reporte diario de la situación)

Las alertas son un elemento clave en el control del brote. El centro de recepción telefónica de información sobre casos probables, sospechosos y defunciones (todas eran consideradas de entrada como sospechosas). El personal de las alertas recibe notificación de cualquier procedencia sobre casos sospechosos y toma las primeras decisiones. Puede ocurrir que informe a los equipos que estábamos sobre el terreno, más cerca del lugar, para colaborar en el diagnóstico del paciente según los criterios de definición caso. Si se considera que cumple los criterios de caso sospechoso debe ser trasladado a los CTE para confirmación diagnóstica y eventual ingreso. Por otra parte, a todos los cadáveres se les tomaba una muestra biológica (eran *prelevés*) para determinación de virus Ébola. Este trabajo sobre el terreno y los enterramientos en condiciones seguras corría a cargo de la Cruz Roja. Tomar muestras mediante raspado en la mucosa de la

Figura 2. Laboratorio móvil en el Hospital Prefectural de Dubreka.



boca del cadáver, lograr un enterramiento con garantías higiénicas (*securisé*) choca muchas veces con las costumbres religiosas. Por ejemplo el lavado del cadáver, lo que supone contacto muy estrecho con un cuerpo inane que pudiera ser muy contagioso. También es costumbre el enterramiento según unos tiempos acordados con las creencias, y si la intervención de los equipos demora o interrumpe estos ritmos, es posible que las defunciones no se declaren y pasen inadvertidas. Los laboratorios móviles (Figura 2) son determinantes en estas operaciones.

Los contactos deben estar identificados nominalmente – listados- y cada día debían recibir la visita de un Agente de Salud Comunitario local o de un epidemiólogo de la DPS, cuando es necesario, hasta el día 21 del seguimiento, en que se le da el alta epidemiológica, si no hay incidencias. Puede llegar a ser un trabajo muy laborioso y complicado evitar “contactos perdidos”. En ocasiones para completar un censo de contactos hay que acudir a los CTE para preguntar y repreguntar a los pacientes internados que están en condiciones de responder. Algunas entrevistas, en ese supuesto, se hacían directamente, a viva voz, mediando una distancia de 2 o 3 metros, en la periferia del CTS, separados por vallas o cintas de plástico. En la DPS llegamos a tener 270 contactos en seguimiento activo. Al final de junio, ante algunas dificultades para el seguimiento de contactos en unos pequeños poblados del interior, así como la determinación de cortar la cadena de transmisión, las autoridades tomaron la decisión de confinar a aquellas gentes en sus poblados, mediante un *cerclage* con barreras en las vías de acceso; ello requirió un amplio despliegue de recursos por razones logísticas y de seguridad, desde epidemiólogos y movilización social a militares.

La información sobre alertas, casos y contactos debía ser grabada en **bases de datos**, accesibles para los servicios centrales

Figura 3. Centro de Salud Rural cerca de Tanene, Sanitarios locales y epidemiólogos OMS.

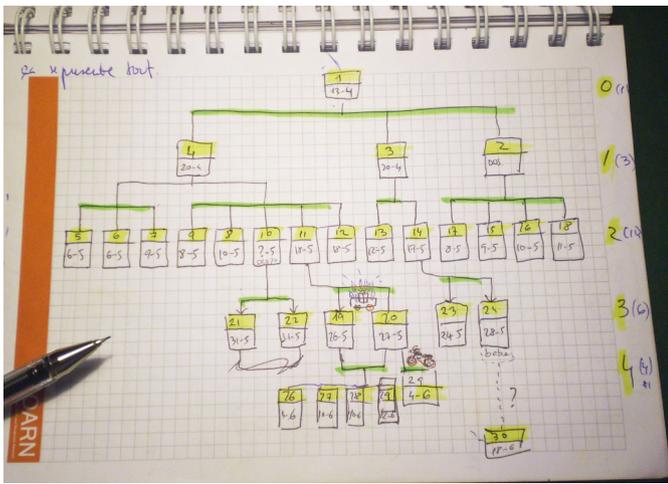


diariamente, lo cual podía llegar a ser una tarea bastante costosa. Mantener la calidad de los datos no es sencillo (duplicidad de nombres, información incompleta).

La **vigilancia activa** e inspección de las “estructuras de salud” se realizaba simultáneamente. Todos los centros sanitarios debía ser visitados al menos una vez. Desde el hospital prefectural hasta los centros más pequeños. Equipos de epidemiólogos se desplazan –nos desplazábamos- sobre el terreno para tener una reunión con los responsables de cada centro (Figura 3). En esa reunión se discutían las definiciones de caso sospechoso; se verificaba la presencia de carteles a la vista, la disponibilidad de “fichas de triaje”, los dispositivos de lavado de manos en la entrada (los omnipresentes cubos de plástico con agua clorada y jabón: oliendo el agua en la mano sabes si contiene cloro suficiente), el *termoflash* o termómetro digital para tomar la temperatura sin tocar la piel del sujeto (presente también en casi cualquier edificio público y hoteles) y guantes desechables. En caso de faltar alguno de estos elementos, se suministraba. Asimismo, había que revisar los Libros de Registro de pacientes (si los había) durante los últimos 21 días, en busca de “casos sospechosos” de Ébola. De todo ello se dejaba constancia en una suerte de acta y en el propio Libro. Si durante la jornada se localizaba algún centro privado no censado, era incluido en el listado de lugares a visitar, o se visitaba en ese mismo momento. Esta actividad de supervisión de centros sanitarios es prácticamente eterna (tiene principio pero no fin) y genera una información y hábitos que podrían servir para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica guineano cuando finalice la epidemia de Ébola (ojalá).

La representación gráfica de las **cadena de transmisión** (*Chaines de Transmission*) se cuidaba mucho en todo el país. Había normas que seguir y se seguían; pero en Dubreka, a partir

Figura 4. Cadena de Transmisión. Boceto en la libreta de campo.



de una idea de Alessandro Pini, añadimos al formato oficial otro muy simple para contemplar las distintas generaciones de casos de un vistazo. Presento aquí el esbozo que hicimos en mi libreta de campo (Figura 4), en el que se aprecian fácilmente las 4 generaciones que formaron los 30 casos de la cadena de Dubreka desde el caso índice, en abril, hasta finales de junio. Los casos *non listés*, es decir que no constaban en la lista de contactos, eran y son una mala noticia porque suponen fallo en el censo de contactos o la invisibilidad del foco de contagio. La puesta al día de la cadena exigía conocer la evolución de los casos y las fechas de alta por curación o muerte (*sorti queri*, o *decedé*), para lo cual era necesaria la comunicación permanente con los CTE donde estaban internados los casos. En una de las últimas reuniones en Conakry, poco antes de regresar, pude ver con satisfacción cómo un connotado epidemiólogo presentó una diapositiva con la *Chaine de Dubreka*. Era, decía, un ejemplo de representación gráfica simplificada y útil.

Había dos **reuniones** diarias en la DPS. Una general por la mañana a las 8, con las autoridades guineanas de la Prefectura y bastantes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a la que solía acudir alrededor de un centenar de personas. Y otra más técnica, de los miembros del equipo de epidemiólogos de la DPS, por la tarde a eso de las 4, donde se discutían las incidencias del día, se plasmaban los datos en una pizarra utilísima y se confeccionaba el informe diario de situación, o **SitREP**, que sería recibido en Conakry poco después. En la primera reunión se daba cuenta de lo acaecido el día anterior; en la segunda reunión se daba cuenta de lo acaecido en el mismo día. A finales de junio, el interés que había para cortar las cadenas de transmisión y alcanzar el objetivo de ‘STOP Ebola’ era

muy intenso. Las elecciones presidenciales estaban anunciadas para el 11 de octubre. Al haber casos en algunos poblados del interior de nuestra prefectura, se celebró una reunión matutina de la Coordinación Nacional en Dubreka. Una reunión muy concurrida, presidida por autoridades venidas de Conakry, con técnicos destacados de diversas organizaciones internacionales, en la que se discutió sobre la conveniencia de implantar un *cerclage* -del que he hablado antes- en esos poblados. Había también oficiales del ejército (boinas verdes, boinas rojas) y, lo confieso con franqueza, dada mi inexperiencia en situaciones semejantes, el tono de sus palabras y los gestos y expresiones marciales que las acompañaron me inquietaron más que cualquier exposición al virus.

Una jornada

La jornada podía variar en virtud de la situación. La prioridad era el seguimiento de contactos y mantener al día la cadena de transmisión. El coordinador asignaba tareas a los miembros del equipo y el logista contribuía a que todo funcionara. En torno a cuarenta personas involucradas, como he dicho antes.

Alrededor de las seis de la mañana me despertaba, salía del cobijo proporcionado por la tela mosquitera, y media hora más tarde estaba dando un paseo por los alrededores del lugar donde me hospedaba con algunos de los miembros del equipo, casi en el campo. Era una zona poco habitada, despejada, en el linde de la marisma que se adentra hasta allí, ocupada por arrozales que en aquella época mostraban su pelaje incipiente, verde y ralo. Al final de la llanura, mirando hacia el océano, adivinaba la presencia del inmenso Conakry; hacia el Oeste, a mi espalda, los perfiles de dos montañas simbólicas e imponentes, el Kakoulima y -vaya nombre- *Le Chien qui Fume*. Estábamos hospedados en un “hotel” de cuatro... habitaciones, en un edificio en obras, que todavía conservaba rasgos y señales de lo que había sido y que aquí llamaríamos un lupanar de barrio. Pero eran muy gentiles. El desayuno era siempre el mismo, a base de tortilla y fruta, agua caliente para infusión, crema de leche y pan, mucho pan. El chofer nos recogía y antes de las 8 estábamos en la DPS prestos para la reunión matutina general. Acabada la reunión, habitualmente, salida al terreno.

En mi caso solíamos ir dos epidemiólogos (o tres) con el imprescindible chofer, guía y ocasional traductor de la lengua local. Salvo orden en contrario, nos dirigíamos a la *Commune Urbaine* o a la zona rural a visitar centros de salud donde supervisábamos el funcionamiento y verificábamos el material siguiendo las pautas que he descrito más arriba. El traqueteo del coche sobre el suelo de guijarros (*caillou*) en la zona urbana

es muy intenso y conviene sujetarse firmemente; los chóferes suelen ser muy hábiles. En alguna ruta encontrábamos barreras (*barrages*) que la policía o los militares interponían para que a todo el que llegara se le tomara la temperatura y se lavara las manos antes de traspasarlas. Nosotros, entremezclados con el gentío, debíamos dar y dábamos ejemplo.

Durante el trayecto podíamos recibir la notificación desde el punto de Alertas en la DPS para acudir a algún centro sanitario donde se había notificado un caso sospechoso de Ébola y dar nuestra opinión; los casos de paludismo podían plantear dificultades. Otras veces, contribuíamos al seguimiento de contactos visitando la casa donde se había dado algún enfermo. A veces, sitios alejados y poco accesibles; un dédalo de viviendas destaraladas. Los contactos debían permanecer localizados y había que verificar que habían sido "termometrados". Si tenían que estar confinados, no podían ir en busca de alimentos o resolver cualquier otra necesidad de la familia; y había que resolver eso. Un verdadero problema. Otro era la estigmatización al recibir nuestra visita, que no era fácil de disimular, sobre todo si van varias personas en un coche todo terreno, con letrero, chaleco OMS, y encima hay un blanco. Unas cosas se pueden modificar, otras no. En general, el trabajo de supervisión de centros sanitarios pequeños en barrios urbanos muy pobres y abigarrados me pareció más duro que en la zona rural.

Acabado el trabajo de campo, con todas las notas tomadas, el material repartido, las visitas concluidas y habiéndonos lavado las manos con gel de alcohol *cien* veces, regresábamos a la DPS para estar disponible en la reunión del equipo a eso de las 4 de la tarde. Se ponía en común lo ocurrido en el día, resumen de datos en la pizarra y elaboración del SitREP, boletín diario. Después, actualización de la bases de datos y puesta al día de la Cadena de Transmisión (nuevos casos, altas del CTE y motivo, etc.). Toda esa información debía estar a disposición de la Coordinación Nacional, en Conakry esa misma tarde. Fin de jornada y regreso al "hotel" previa cena en uno de los pocos sitios donde se podía cenar sentado. No había mucho que elegir; recuerdo haber cenado espagueti 19 días seguidos.

Antropología social

Estando ya en la cola de la curva epidémica, transcurridos muchos meses, existían todavía actitudes que no se resuelven a base de conocimientos basados en la epidemiología de las enfermedades transmisibles. Ocurre en todas partes, pero allí cobraban mayor presencia. Algunos rumores circulantes en ciertos sectores de la población eran estos: Ébola es una invención del gobierno; los agentes de salud tiene medicamentos

que producen Ébola; cuando vas al centro te inyectan –Ébola; los vehículos que vienen transportan Ébola... Todo esto, unido al problema que he comentado sobre los ritos funerarios en los enterramientos, condiciona la efectividad de muchas actuaciones. Si la población desconfía, no acude al centro de salud sino al "tradi" y los enfermos quedan ocultos al sistema sanitario oficial. Del mismo modo que para mantener una cuarentena hay que suministrar alimentos y otros enseres a los cuarentenados, para encontrar la colaboración de la gente había –hay- que comprenderla y comprender cómo hacerlo.

Un antropólogo social africano lo ha resumido en una circular muy reciente sobre las últimas reticencias de la población en el distrito de Matoto, Conakry, de la que extraigo dos frases: "... *hay individuos que creen que se ha anunciado el fin de una enfermedad inexistente en Guinea, cuya existencia sería fruto de un complot organizado para intereses políticos*"; y también: "... *los símbolos de la riposta serían fuente de maldiciones, 'Khata' en soussou, que podría traducirse por el retorno de Ébola*". Tomemos nota.

Final

En 1967 se identificó el primer filovirus causante de la fiebre de Marburg. Diez años más tarde, los días 6, 7 y 8 de diciembre de 1977, en Amberes (Bélgica), tuvo lugar el Coloquio Internacional sobre Virus Ébola, tras los brotes ocurridos en la zona limítrofe entre Zaire y Sudán en verano de 1976, cuando se identificó el virus Ébola por primera vez. De entonces acá se han descrito 36 episodios, entre 1 y 425 casos⁶ ninguno, ni de lejos, como el que nos ocupa ahora. Según las estadísticas oficiales de la OMS en menos de dos años se han registrado más de 28.000 de casos de los que más de un tercio ha muerto³. Curiosamente, en el prefacio del informe de la citada reunión científica de 1977 – el "informe Pattyn", de 280 páginas⁷ – se manifestó que "*muchos países industrializados que tienen relaciones regulares con los territorios involucrados tenían que tomar alguna actitud ante la posibilidad de importación de casos*". Parafraseando a Salvat Navarro⁸, para que se dé una epidemia es necesario genio y constitución epidémica. Ébola tiene genio demostrado, pero la constitución epidémica (circunstancias sociales y ambientales) aquí no la hay. Solo hay casos importados en países que reciben viajeros procedentes de zonas endemiadas, y algún contagio accidental entre los sanitarios que se ocupa de su tratamiento o personas muy próximas a los casos, nada más (nada menos). Para ello hay que estar preparado, sin duda; pero es más importante ayudar a apagar el fuego allí donde arde, no solo para evitar que te alcance alguna chispa, sino por razones de humanidad.

Agradecimientos

En Dubreka: Tarik Derrough, Josep M^a Jansà, Fabien Djeulabeng, Alessandro Pini, Etra Bouchuar, Mirta Panic, Prosper Ilunga, Halimatou Keita, Oumou Thiam, Sidiki Camara, Couruma Idrissa, Fode Cissé, Ibraim y el resto de miembros del equipo.

En Conakry: Alba García-Marco, Nabil Slaoui, Elisa Gil, Lluís Cremades

Antes, durante el viaje en Guinea y después: Toni Salazar y Silvia Guiral.

Bibliografía

1. Boyles TH. Ebola: Personal view from the field - Sierra Leone. *S Afr Med J*. 2015;5:1008-9.
2. Institut National de la Statistique. Gobierno de Guinea. Disponible en: <http://www.stat-guinee.org/index.php/le-pays-en-bref/indicateurs-cles>
3. WHO. Ebola Situation Report - 3 February 2016 Disponible en: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-3-february-2016>
4. Dallatomasina S, Crestani R, Sylvester Squire J, *et al*. Ebola outbreak in rural West Africa: epidemiology, clinical features and outcomes. *Trop Med Int Health*. 2015;20:448-54.
5. Vogt F, Fitzpatrick G, Patten G, *et al*. Assessment of the MSF triage system, separating patients into different wards pending Ebola virus laboratory confirmation, Kailahun, Sierra Leone, July to September 2014. *Euro Surveill*. 2015 Dec 17;20(50).
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html>
7. Pattyn SR (ed). Ebola Virus Haemorrhagic Fever. International Colloquium on Ebola Virus Infection and other Haemorrhagic Fevers, Antwerp, 1977. The Netherlands. Elsevier / North-Holland Biomedical Press, 1978.
8. Salvat Navarro A. *Tratado de higiene* 1.^a ed. Tomo I Barcelona: Manuel Marín editor, 1925