

## DIARIO

# La mayor epidemia de Ébola de la historia

## 1 de octubre 2014

Paul Farmer

Profesor de Salud Mundial, Facultad de Salud Pública de Harvard, Universidad de Harvard; Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas, Brigham and Women's Hospital; y Co-fundador de Partners in Health, Boston MA, EEUU.g Estudiante de Maestría en Salud Pública University of Wollongong, Palmerston ACT, Australia

**A**cabo de volver de Liberia con un grupo de médicos y activistas de la salud. Regresaremos a ese país dentro de unos días. Liberia está sumida en la mayor epidemia de fiebre hemorrágica del Ébola. Se trata de una dolencia aguda y brutal. El Ébola es una zoonosis – transmitida de animales a seres humanos – y causada por un filovirus (un virus filiforme que causa sangrado interno y externo). Este mal fue descrito por primera vez en 1976 en zonas rurales de la República Democrática del Congo, cerca del río Ébola, como un síndrome que aparece súbitamente y se caracteriza por una sensación de debilidad, seguido de fiebre y dolor abdominal. Los pacientes pueden deshidratarse debido a la fiebre, los vómitos y la diarrea que acompañan a la enfermedad. Muchos pueden padecer delirios y presentan hemorragia nasal, bucal o vaginal, también puede haber hemorragia en los lugares donde se les ha aplicado vías intravenosas, e incluso en los ojos.

El virus Ébola es aterrador porque infecta a la mayoría de las personas que atienden a los que padecen este mal y causa la muerte de la mayoría de personas que lo contraen: al menos eso es lo que se cree generalmente. Pero la veracidad de esa creencia no está muy clara. Es cierto que muchas de sus víctimas fatales eran profesionales médicos. La epidemia de 1976, por ejemplo, empezó en un hospital de una misión religiosa donde las enfermeras eran monjas belgas que trabajaban con colegas

congolesas. Pero, incluso entonces, era bien sabido que el virus se podía transmitir si no se cumplían las reglas modernas para control de infecciones. Sin embargo, las enfermeras reutilizaban agujas inyectables y no usaban guantes, batas ni mascarillas pues tenían muy pocos disponibles. Tampoco recibieron, y menos aún sus pacientes, lo que en Bruselas, Boston o París podría considerarse como una atención médica moderna.

El tratamiento para el shock hipovolémico, que ocurre cuando no hay suficiente sangre para que el corazón la bombee a través del cuerpo, debido a las numerosas infecciones causadas por bacterias y algunas causadas por virus hemorrágicos – incluso sin aplicar una terapia antiviral específica – es la reanimación con fluidos agresivos. Cuando los pacientes pueden tomar fluidos oralmente, frecuentemente se puede evitar el shock con litros de sales de rehidratación oral. A los pacientes que sufren delirios o vomitan se les trata con fluidos intravenosos y los síntomas hemorrágicos se tratan con productos hemoderivados. Este tipo de atención se brinda en EEUU o en Europa en cualquier sala de emergencia y también se puede tratar pacientes en salas de aislamiento.

En las regiones más fuertemente golpeadas por el Ébola son escasos los médicos y las enfermeras. Incluso antes de que la crisis actual matara a muchos profesionales de la salud de Liberia, había menos de cincuenta doctores

trabajando en el sistema de salud pública, en un país con más de cuatro millones de habitantes, la mayoría de los cuales viven lejos de la capital. Vale decir que hay un médico por cada 100 000 habitantes, en comparación con los 240 por 100 000 en los Estados Unidos o los 670 por 100 000 en Cuba. Los hospitales equipados apropiadamente son aún más escasos que el personal y esto es válido en todas las regiones más afectadas por el Ébola. Otro elemento que escasea es el equipo de protección personal (EPP): batas, guantes, mascarillas o protectores faciales; etc. En Liberia no se cuenta ni con el personal, ni con el material ni con el espacio para detener las infecciones transmitidas por fluidos corporales como sangre, orina, leche materna, sudor, semen, vómito y diarrea. El virus se elimina durante la enfermedad clínica y sigue después del fallecimiento de la persona afectada: continúa siendo viable y contagioso mucho después de que sus portadores han exhalado su último suspiro. Cientos de deudos que prepararon a sus seres queridos para la sepultura se convirtieron también en víctimas del Ébola.

La región tuvo recientemente muchos avances en salud, como fue el notable descenso en la mortalidad infantil pero estos logros han sido ya revertidos, en gran parte, debido al cierre de servicios médicos básicos como producto de la crisis. Es muy posible que la muerte de la mayoría de víctimas del Ébola se deba a otras causas: mujeres durante el parto, niños por diarrea, víctimas de accidentes de carretera o de otros tipos de trauma. Pocos dudan de que la actual epidemia no se pueda detener, pero nadie sabe cuándo o cómo se le pondrá freno. Como dijo Barack Obama, cuando tomó la palabra en una sesión especial de las Naciones Unidas, "No debemos quedarnos cruzados de brazos pensando que de alguna manera, por algo que hemos hecho, esto ya se solucionó. Porque no es así". Prevenir la próxima erupción es un objetivo aún más distante.

Al 1 de octubre, un tercio de todos los casos del Ébola documentados fueron registrados en setiembre 2014. Desde marzo se han registrado más de siete mil casos, más de la mitad de ellos con desenlace fatal. En términos epidemiológicos, el tiempo de duplicación del brote actual de Ébola es de 15.7 días en Guinea, 23.6 días en Liberia y 30.2 días en Sierra Leona.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU sugirieron a fines de setiembre que, a menos que se tomen acciones urgentes, en los próximos meses más de un millón de personas podrían contagiarse de esta enfermedad.

Pero aún falta lo peor, especialmente si tomamos en cuenta el impacto social y económico de la epidemia, que hasta el momento solo ha atacado a un reducido número de pacientes (en cambio, el número de víctimas mortales combinando SIDA, tuberculosis y malaria, los 'tres grandes' patógenos infecciosos, llegó a seis millones por año, tan recientemente como el año 2000). Los efectos han sido graves para el comercio en África Occidental. Y el Ébola ha golpeado en el núcleo del gobierno de Liberia, dirigido por la primera mujer que ha ganado una elección presidencial en una democracia africana. Corrían rumores de que la presidenta Ellen Johnson Sirleaf no asistió a una reunión de la ONU porque estaba ocupada con la crisis o porque enfrentaba inestabilidad política en su país. Pero nosotros sabíamos que una persona de su entorno había enfermado de Ébola. Hace pocos días oímos que otro de nuestros anfitriones liberianos, una alta funcionaria de salud se había puesto en cuarentena por 21 días. Aunque ella no presenta síntomas, su asistente principal murió de Ébola el 25 de setiembre. Estos hechos, sumados al ritmo veloz y a las características espectaculares de la enfermedad, han llevado a un nivel de temor y estigmatización que parece mayor aún que los que causa normalmente una pandemia.

Pero es innegable que la debilidad de los sistemas de salud es la verdadera causa de la rápida difusión de este mal y no su virulencia sin precedentes ni una forma de transmisión anteriormente desconocida. Los débiles sistemas de salud también son culpables de la alta tasa de mortalidad en la pandemia actual, que es causada por la cepa de Zaire de este virus. Pero la contrapartida de este hecho – y es un hecho – es la buena noticia de que se puede evitar la diseminación de la enfermedad si se une un mejor control de la infección (para proteger a los no infectados) con una mejor atención clínica (para salvar a los enfermos). El diagnóstico del Ébola ya no tiene que ser una sentencia de muerte. Como especialista en enfermedades infecciosas puedo afirmar lo

siguiente: si los pacientes tienen un diagnóstico con prontitud y reciben terapia complementaria en forma agresiva – incluyendo reanimación con fluidos, remplazo de electrolitos y productos hemoderivados – la gran mayoría, incluso hasta el 90 por ciento de ellos, debería sobrevivir.

Los efectos de carácter más general del Ébola también dañan los esfuerzos que se realizan para tratar la enfermedad. El cierre de fronteras nacionales significa, entre muchas otras cosas, que será más difícil que el personal y el material lleguen a quienes más los necesitan. Muchas aerolíneas han suspendido sus servicios. Las escuelas se han cerrado; hasta las facultades de medicina y enfermería han sido cerradas. Empiezan a escasear los alimentos y el combustible, que en su mayoría es importado. Exxon ha anunciado que va a postergar sus planes de perforación en alta mar. Se han cortado las cadenas de suministro. Se han cerrado hospitales y clínicas.

Han ocurrido incidentes de violencia relacionados con el temor y el estigma. En Liberia – donde nos dieron una cálida bienvenida – mis colegas y yo escuchamos que siete trabajadores de salud que atacaban la epidemia de Ébola, aparentemente entre ellos dos funcionarios locales de salud pública, habían sido asesinados a machetazos en una zona rural de Guinea. Sus cuerpos fueron descubiertos en el tanque séptico de una escuela primaria de la localidad. Hace once años, cuatro profesores de escuela congolese, que participaban en una campaña de concientización sobre el Ébola también fueron asesinados. Hay una compleja relación entre el contagio, la letalidad, el estigma y el largo abandono – la mayoría de los habitantes rurales de África Occidental nunca ha tenido acceso a una atención médica integral – es un problema que todavía no se discute.

En más de una ocasión me han preguntado cuál podría ser la fórmula para actuar en forma eficaz contra el Ébola.

A menudo los que piden soluciones estándar y fáciles son precisamente quienes están renuentes a invertir en un modelo integral de prevención y cuidado para los pobres. ¿Qué entienden por el ‘modelo’ o el ‘paquete básico mínimo’? ¿Cuáles son los ‘parámetros’ para evaluar la ‘relación costo-eficacia? Cualquiera

que desee prestar servicios integrales para los pobres –que necesariamente incluyen prevención y cuidados, con demasiada frecuencia compitiendo entre sí–, desea soluciones fáciles y que prueben que tendrán un alto ‘rendimiento de la inversión’. Aquel cuyos parámetros o pruebas sean consideradas insuficientes posiblemente tendrá un frío recibimiento, a pesar de que la crisis del Ébola debería servir como una lección objetiva y reprender a aquellos que toleran que el Estado asigne ínfimos recursos a la salud pública y a la prestación de servicios de salud y que incluso se atreva a recortarlos. Sin personal, material, espacio y sistemas, no se puede hacer absolutamente nada.

Si estos recursos eran escasos en Monrovia y Freetown, en las regiones rurales son casi inexistentes. Zwedru es la capital del condado de Grand Gedeh en la zona sudoriental de Liberia; es una región cubierta en su mayor parte por bosques lluviosos. Cuando uno vuela de Monrovia a Zwedru uno recuerda lo vasto y verde – y lluvioso – que es este país, especialmente en setiembre. Fuera de la capital, las carreteras asfaltadas son tan escasas como la electricidad: en 2013 se estimó que menos de uno por ciento de Liberia tiene suministro eléctrico. Como lo señaló recientemente Sirleaf, el estadio de fútbol americano de los Dallas Cowboys consume cada año más energía que toda Liberia. Es muy difícil atender a oscuras a pacientes gravemente enfermos; la reanimación con fluidos depende de que se puedan colocar y remplazar las vías intravenosas.

En Zwedru visitamos el único hospital de Grand Gedeh. Aunque han circulado rumores de médicos y enfermeras que abandonaron sus puestos, el hecho es que muchos de ellos han permanecido en el hospital. Pero sin equipos de protección personal y otros insumos, no es mucho lo que pueden hacer. No vimos a ningún paciente de Ébola en el hospital. Oímos rumores de que la administración del hospital acababa de despachar a un montón de presuntos enfermos. En Ziah Town, una pequeña aldea que queda a un par de horas de distancia, nos reunimos con algunos trabajadores de salud de la comunidad. Era un grupo bien informado, en su mayoría hombres y mujeres jóvenes. Su idioma nativo es el kru o craví, aunque hablaban inglés muy bien. Estaban en primera fila en la lucha contra el Ébola, eran

los que podían llevar información y servicios a los pobres del campo. Pero estaban aislados y mal equipados. El sol caliente inmisericordemente los inmensos bosques y los caminos de tierra que los atraviesan. Estábamos programados para salir de Monrovia la siguiente tarde; sin embargo, nubes negras, de tormenta, oscurecían el cielo y no estábamos seguros de llegar a tiempo para tomar el avión; los vehículos, de doble tracción, avanzaban a duras penas. Atrapados en el barro nos preguntábamos cómo podían, estos trabajadores de salud de la comunidad, llevar pacientes enfermos a los centros de atención de Ébola, que no son más que una serie de casas planificadas que ni siquiera están construidas a medias.

Aunque se ha declarado a Grand Gedeh libre de Ébola, también está desprovista de pruebas de diagnóstico; y de electricidad, y de caminos pavimentados. Sin embargo, los trabajadores de salud de la comunidad, al igual que los pobladores de Ziah Town, estaban insertados en la economía monetaria: la gente tenía teléfonos celulares (con una señal muy débil) y usaban camisetas (una de ellas tenía grabado el escudo de una pequeña universidad del Medio Oeste de los EEUU); unos niños pateaban una pelota de fútbol; un niño bebía una lata de Red Bull. '¿Cómo se ganan la vida?' le pregunté a una de las jóvenes voluntarias norteamericanas. Ella dudó, aunque ha vivido y ha trabajado en Zwedru más de un año. 'Son formidables cazadores,' me dijo. Luego de escuchar pacientemente la conversación con que llenábamos la obligada pausa, el chofer del jeep – estábamos esperando que nuestro convoy saliera del barro – intervino para ayudarla con la respuesta. Él era de Monrovia, nos dijo. Había estado trabajando en Grand Gedeh durante más de diez años, primero como oficial en el programa de desarme, y después como chófer y técnico de logística. 'No sólo nos dedicamos a la caza y a la pequeña agricultura,' nos dijo. También había minería, remesas del extranjero y comercio internacional. Muchos de los tenderos del pueblo eran de Guinea, Sierra Leona o Costa de Marfil. Tal vez se vea como un bosque lluvioso tropical aislado, pero es un lugar conectado con el resto de África Occidental.

Eso significa que también está conectado con el resto del mundo. Y cualquiera que fuera

el origen de la epidemia – por la ingestión de carne de animales silvestres o de un pedazo de fruta infectada, arrojado por un torpe murciélago de fruta – lo que está muy claro es que los intentos por sellar las fronteras nacionales no la detendrán. No hay puntos de control ni barreras en los bosques tropicales. Los días en que estos encierros pudieron servir de algo pertenecen al pasado. Un entrevistador de la CNN me preguntó si el Ébola podría llegar a Europa y Norte América. 'Por supuesto que lo hará,' le respondí. 'Vivimos en una economía globalizada.'

El 30 de setiembre, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU confirmaron el primer diagnóstico de la enfermedad en los Estados Unidos. Un viajero que llegó de Liberia, asintomático (según su propio informe) al abordar un vuelo de Monrovia a los Estados Unidos el 19 de setiembre (cuando nuestro equipo salía de Zwedru rumbo a Monrovia), se enfermó en Dallas pocos días después. Sus síntomas eran similares a los descritos en todos los casos de Ébola: 40°C de fiebre, debilidad, dolor abdominal. Tenía antecedentes de haber estado expuesto al contagio pues había conducido en un vehículo a una mujer joven, embarazada y sangrante, a un hospital en Monrovia; fue rechazada y después murió. Pero en su primera visita a una sala de emergencia, sus síntomas fueron juzgados como 'no-específicos' y no fue diagnosticado a pesar de haber llegado de Liberia. Dos días después, con una infección aguda y gravemente enfermo, fue llevado en ambulancia de regreso al mismo hospital e internado en cuidados intensivos. En pocas horas se confirmó que la causa de su mal era el Ébola, cepa de Zaire. Ahora se está muriendo. Es poco probable que este sea el final del episodio norteamericano. El ciclo de temor y estigmatización, exagerado por los medios, seguirá aumentando, aunque caben pocas dudas de que se pondrá freno a la epidemia en los EEUU, que sí tiene el personal, el material, el espacio y los sistemas necesarios.

Ébola es sobre todo un síntoma de que el sistema de atención de salud es débil. Pero hasta que se llegue a un acuerdo sobre este diagnóstico pueden darse otras explicaciones, más exóticas. El palabreo (como dicen los liberianos) incluye mucho sobre las 'creencias y conductas culturales' a las que se atribuye la propagación del brote. En la lista suelen aparecer actividades que no son realmente

‘conductas’, como cazar y comer carne de animales silvestres, participar en extrañas prácticas funerarias o los estrafalarios rituales de ‘sociedades secretas’ como las del Leopardo Humano o de los Poro. La antropología del siglo XIX en adelante estaba obsesionada con los ritos funerarios – sobre todo con los más escabrosos. El libro *Tribes of the Liberian Hinterland* (1947), escrito en voz pasiva y en el tono realista típico de ese género, dedica más de quinientas páginas a este tipo de cosas:

*‘Antiguamente, solo se lavaban los cuerpos de los jefes y de los hombres notables cuando morían. En Half-Grebo el cuerpo de un guerrero que fallecía a consecuencia de un disparo se llevaba al arroyo y se lavaba. Tanto en Grebo como en Sapa, se extraía la bala para evitar que el guerrero se reencarnara con una herida.’ ‘Ahora se lavan todos los muertos. Luego el cuerpo se coloca en una estera y se enrolla con ella. Junto al cuerpo se colocan algunas prendas de vestir, y la cantidad varía de acuerdo al rango que tuvo la persona.’*

*Aunque a los antropólogos les encanta narrar estas prácticas, no hay sospechas de que estos ritos hayan tenido un papel importante en las epidemias de Ébola en Congo, Uganda y Sudán en los últimos cuarenta años. Los habitantes de las costas de África Occidental han comido carne de animales silvestres durante siglos y han preparado a sus muertos para enterrarlos sin tomar precauciones para evitar la transmisión de un patógeno como el Ébola. A pesar de ello, no es improbable que estas prácticas hayan contribuido a desatar esta epidemia que empezó en la selva húmeda guineana y luego a extenderla.*

¿Cómo se explica que la propagación del Ébola desde Guéckédou hasta Monrovia y Freetown, y ahora a Dallas? Larry Brilliant, que ayudó a erradicar la viruela hace casi cuarenta años, y que actualmente encabeza el *Skoll Foundation’s Global Threats Fund*, ha declarado cuando se estaba descubriendo el Ébola: ‘Los brotes epidémicos son inevitables. Las pandemias son optativas.’ El hecho de que se consuma carne de animales silvestres no puede explicar la epidemia, pero las crecientes y grotescas desigualdades en el acceso a la atención – en el contexto de una economía política globalizada – sí la pueden explicar.

Hay un lazo que une firmemente la transmisión del virus con el intento de tratar a pacientes de Ébola en un sistema de salud débil – o en el hogar. En varios hospitales de África Occidental, el Ébola ha arrasado con el personal: profesionales de la salud, auxiliares de enfermería, asistentes de la morgue. Con poco personal y pocos suministros, los trabajadores de la salud, de primera línea en África Occidental tienen buenas razones para estar asustados. Nosotros, que queremos ayudarlos, aunque mejor equipados, también tenemos miedo.

Las otras personas que corren un gran riesgo, evidentemente, son los primeros en atender a los enfermos: no son los profesionales sanitarios sino los familiares, especialmente las mujeres. *Associated Press* reportó la historia de un niño liberiano de 14 años: ‘Demasiado débil para estar de pie, lo metieron a empellones en un taxi con su mochila y un balde amarillo de plástico para vomitar... “Hace una semana que está enfermo, con el estómago suelto,” dice su afligida madre, secando el sudor de la frente del niño con sus manos sin protección. “Llamamos tratando de conseguir una ambulancia hace días, pero no vino nadie.’

¿Quién vendrá cuando nosotros llamemos? ¿Quién se aparecerá no solo si es conveniente o eficiente y de costo mínimo, o si ya está presupuestado? No está claro que todas esas responsabilidades deban entregarse a contratistas o a las ONG. Los tres países más asolados por el Ébola también son los que tienen la menor inversión pública en atención de la salud y en salud pública en África. Han sido devastados por la guerra y por industrias extractivas, que nunca dejaron de obtener grandes ganancias. Esta es una de las razones por las cuales Liberia pudo alardear, hace apenas unos años, de tener el PBI de crecimiento más rápido en el mundo.

Durante casi un siglo, la *Firestone Rubber Company* ha sido el mayor contribuyente en Liberia. En 1926 negoció una concesión de un millón de acres\* a seis centavos por acre, por un plazo de noventa años. Durante la Segunda Guerra Mundial, en muchos automóviles norteamericanos o en la mayoría de ellos, había un pedacito de la selva liberiana. Firestone sigue

\* Aproximadamente 405 000 hectáreas. N. de la T.



operando en Liberia. Prometió crear 350,000 puestos de trabajo pero nunca creó más de una cuarta parte de esa cifra. Durante décadas los trabajadores de la plantación han exigido mejores salarios, una escuela secundaria y atención médica. En los últimos años tuvieron algunos logros. Pero la epidemia también los ha afectado. A fines de marzo la esposa de un trabajador de Firestone salió del Condado de Lofa, vecino a Guinea, no muy lejos del lugar donde se reportó el primer caso. Tuvo una súbita sensación generalizada de debilidad y fiebre. Ocho de cada diez veces, los patógenos responsables son los que causan malaria, neumonía neumocócica, fiebre tifoidea, gripe o una complicación del SIDA. La fiebre de Lassa, otra fiebre hemorrágica, estaría en la lista en Liberia, pero entonces el Ébola aún no era conocido en la región. El 31 de marzo, la mujer fue en taxi a Monrovia con otros cinco pasajeros, entre ellos su bebé, pero fue enviada de vuelta a la plantación de Firestone, al hospital de Duside. Recién entonces, enferma, con intensas diarreas y vómitos, se le diagnosticó que tenía Ébola. Continuó perdiendo fluidos vitales y electrolitos, y cayó en shock hipovolémico. Con el agudo descenso de su presión arterial las enfermeras hicieron todo lo posible por reanimarla. En una hora todo había acabado.

Excepto que no terminó ahí. Cuatro meses más tarde, en Duside se diagnosticaron, en rápida sucesión, 72 casos de Ébola; solamente sobrevivieron 18 pacientes. Y sin embargo, la respuesta de Firestone se consideró todo un éxito porque el control de la infección mejoró durante esos meses y la transmisión dentro del hospital disminuyó rápidamente. En ese tipo de vaivenes, el Ébola llegó a la ciudad y a sus establecimientos hospitalarios. El hospital católico San José, en una barriada de Monrovia, ha perdido a la mayoría del personal que atendía a los enfermos, y también ha perdido a la mayoría de sus pacientes. Dos semanas después de recibir sus primeros casos, el director del hospital enfermó con síntomas similares. Esta vez ya sabían qué se les venía. Pero careciendo de todo, el hospital no pudo hacer milagros para dar atención médica apropiada ni siquiera para tratar a sus profesionales más valiosos. Otras dos enfermeras, dos laboratoristas y un trabajador social fallecieron apenas dos meses después de haberse dado los dos primeros casos en la

ciudad. Igualmente fallecieron varios de los sacerdotes y monjas que trabajaban ahí. El padre Miguel Pajares fue evacuado por avión a España; igual ocurrió después con el padre García Viejo, que trabajaba en un pueblito de Sierra Leona. Ambos fallecieron en Madrid. También es probable que estos no sean los últimos casos que conozcamos en España.

¿Qué debemos hacer? Hasta el momento solo se nos ha ocurrido una fórmula y es la siguiente: no podemos detener el Ébola si no tenemos personal, material, espacio y sistemas. Y todo esto no solo debe llegar a las ciudades sino también a las zonas rurales donde aún vive la mayoría de la población de África Occidental. En primer lugar, tenemos que frenar la transmisión de la enfermedad. El origen de los primeros casos en humanos ya no es nuestra principal preocupación. La enfermedad se contagia de una persona a otra persona, y cuando no hay un sistema médico eficaz, se transmite en el lugar donde se cuida a los enfermos: en los hogares, clínicas y hospitales, así como en el lugar donde se atiende a los muertos. El control de la infección debe reforzarse en todos estos lugares y durante los entierros. Para esto no solo es necesario capacitar y exhortar (que ya se viene haciendo en ciudades de toda el África Occidental, en afiches y por la radio, y en reuniones comunitarias) sino que además hay que asegurar el suministro ininterrumpido de equipos de protección personal. Los trabajadores de salud de la comunidad, también tienen que estar mejor equipados, capacitados y remunerados para cumplir con su función de detectar, contactar y diagnosticar con prontitud además de tratar de luchar contra el aumento de fallecimientos causados por otras razones.

En segundo lugar, debemos evitar que haya una competencia entre la prevención y el tratamiento. Ambos son importantes y necesarios. Adam Levine ayudó a abrir la primera Unidad de Tratamiento de Ébola (ETU por sus siglas en inglés) en el condado de Bong, Liberia, después de haber trabajado en una ETU en Monrovia. Él es especialista en medicina de emergencia y describe cómo se siente al trabajar sin las terapias apropiadas vestido con un sudario sofocante:

El tercer día de capacitación encuentro a un hombre mayor, que también está echado sin

moverse, en su colchón. Al comienzo pienso que está muerto, pero al posar suavemente en su hombro mi mano cubierta con doble guante, él voltea su cabeza para mirarme. Sus ojos están hundidos y sus labios resecos, deshidratados, su piel solo se aplana lentamente al pinzarla. Está gravemente deshidratado a consecuencia de una intensa diarrea común en los casos de Ébola. Normalmente ya se le debería haber iniciado la aplicación de fluidos intravenosos, pero la [ETU] carece del personal suficiente para colocar catéteres intravenosos a los pacientes en forma segura. Por eso, yo volteo lentamente al paciente para echarlo de espaldas, agarro la botella completa con la solución de rehidratación oral que está a su lado, y lleno la pequeña tapa con un poco de la solución. Vierto el contenido en sus labios, que están ligeramente abiertos y me sorprende ver qué la pasa. Lleno otra vez la tapita y luego otra vez, y él sigue pasándola. Sé que sólo necesita unas cien tapitas más para rehidratarse, pero también sé que con el calor asfixiante yo no voy a durar mucho más con todo mi EPP.

La mayoría de expertos opinan que el personal no debe pasar más de dos o tres horas con el EPP. Mareados por el calor, hasta los profesionales más cautos empiezan a cometer errores.

Para convencer a los enfermos que entren en cuarentena es importante que haya igualdad de acceso a los cuidados de salud. Hace dos semanas, un médico liberiano me contó una historia que no me resultará fácil de olvidar. Él, con algunos colegas liberianos y ugandeses, planeaban abrir una ETU en Monrovia después de que las otras clínicas habían dejado de darles fluidos intravenosos a los pacientes quienes morían porque no se les daba tratamiento para el shock. Cuando una persona del grupo de europeos que estaba atendiendo pacientes en su ETU enfermó y estaba a punto de ser evacuada por avión a su país, el director de la ETU le pidió al médico liberiano que encontrara una bomba de infusión. Él pasó horas buscándola hasta que finalmente encontró una, pero no la encontró antes de que la voluntaria extranjera fuera evacuada. Ella sobrevivió.

En tercer lugar, la atención primaria se debe reconfigurar y para ello hay que usar la información aprendida de la respuesta a esta

epidemia. El hospital que visitamos en Zwedru, que tiene 140 camas, estaba técnicamente en funcionamiento; el personal, con el único médico que atendía, estaba presente. Pero no había muchos pacientes en los pabellones, ni tampoco había pacientes externos o ambulatorios. La farmacia no tenía medicamentos ni suministros, no había EPP. En el laboratorio escaseaban los reactivos; les habían donado recientemente una unidad digital de radiografía pero no la habían instalado porque no había baterías. No había control de infección, y es por eso que sacaron del hospital a cinco presuntos pacientes de Ébola (dos de ellos murieron poco después de que se les confirmara el diagnóstico de Ébola).

En cuarto lugar, debe aprovecharse el conocimiento adquirido de estas respuestas a la epidemia. Todos los intentos para evitar la propagación del Ébola deben implicar atención apropiada para los pacientes que estén en cuarentena. Aun si no se tiene una vacuna o terapias específicas para el Ébola, es posible imaginar que estos cuidados en cuarentena harán que se reduzcan notablemente las tasas de letalidad. Pero necesitamos terapia específica, mejores y más rápidos diagnósticos, y vacunas efectivas. Las vacunas y medicamentos necesarios para tratar las denominadas 'nuevas enfermedades infecciosas' no existen debido a lo que James Surowiecki ha llamado 'economía del Ébola'. 'Cuando las víctimas de una enfermedad son pobres y además no muy numerosas' él sostiene, 'es una desgracia por partida doble. En ambos casos, un medicamento para el Ébola parece una mala inversión.' Hace unos días *The Onion* publicó el siguiente titular: '(Dicen los) Expertos: la vacuna para el Ébola está al menos a cincuenta personas blancas de distancia.' (Para que produzcan la vacuna tendría que haber al menos cincuenta blancos enfermos).

Pero no tiene que ser así. Varias vacunas ya están listas para los ensayos clínicos; una serie de tratamientos – como el ZMapp, una combinación de anticuerpos monoclonales, desarrollados por una compañía farmacéutica y de una compañía dedicada a la bio-defensa, y los Agentes del ARN de interferencia (RNAi) – también están listos para las pruebas. El proceso debe acelerarse y miles de sobrevivientes de Ébola que estén dispuestos (y deben ser

inmunes) deben reclutarse para este trabajo y también para brindar cuidados clínicos.

En quinto lugar, deben crearse programas formales de capacitación para liberianos, guineanos y sierraleoneses. Las vacunas, diagnósticos y tratamientos no se descubrirán ni desarrollarán si no se vincula la investigación con el cuidado clínico: los nuevos avances no llegarán a toda el África Occidental si no se capacita a la próxima generación de investigadores, clínicos y gestores. África Occidental

necesita centros de enseñanza médica y de enfermería, bien diseñados y bien provistos de recursos, así como laboratorios que puedan llevar a cabo la vigilancia y responder más pronto y más eficazmente. Menos palabreo y más acción.

**Nota**

Reimpresión del *London Review of Books* 36(20), 23 de octubre 2014, con la amable autorización del autor y del *London Review of Books*.



SAMUEL ARANDA / PANOS PICTURES

Estudiantes de enfermería esperan afuera del Hospital de Connaught, Freetown, Sierra Leona, para rendir sus exámenes finales y ser enfermeras tituladas. Una de ellas, de 25 años de edad, dice: "El Ébola nos da miedo, pero hoy es un día importante para nosotras, queremos aprobar el examen para poder empezar a luchar contra él. Es importante para nuestro país." Agosto 2014