

La eliminación de la poliomielitis en zonas en conflicto: el caso de Afganistán

P. Godoy / M. Haghighi / F. Popovici / N.A. Sadozai
Stop Polio Team. Organización Mundial de la Salud

Correspondencia: Pere Godoy. Vall d'Aneu, 45. 25199 Lleida.
Correo electrónico: Godoy@slle.scs.es

Recibido: 17 de octubre de 2000
Aceptado: 24 de enero de 2001

(Poliomyelitis eradication in areas with armed conflict: the case of Afghanistan)

Resumen

El objetivo fue describir el trabajo de campo para la eliminación de la poliomielitis en Afganistán y en la región de Mazar.

En el período 1997-1999 se detectaron 365 casos de parálisis flácidas agudas (PFA). El 59,2% fueron clasificados como poliomielitis (216/365). La tasa de PFA mejoró desde 0,1 en 1997 hasta 0,8 en 1999. En la región de Mazar el trabajo de campo puso de manifiesto una subnotificación y permitió mejorar los métodos de vigilancia. Sin embargo, la asistencia masiva de los casos por curanderos tradicionales y las dificultades del transporte pueden comprometer la eficacia de la intervención.

El caso de Afganistán hace pensar que es posible mantener un sistema de vigilancia con unos niveles aceptables en países con conflictos armados, pero ello requiere un aporte importante de recursos.

Palabras clave: Poliomielitis. Eliminación. Erradicación. Parálisis flácidas agudas.

Abstract

The aim of this study was to describe fieldwork to eradicate poliomyelitis from Afghanistan and particularly from the Mazar Region. From 1997-1999, 365 cases of acute flaccid paralysis were detected. Of these, 216 cases (59.2%) were classified as poliomyelitis. The rate of acute flaccid paralysis improved from 0.1 in 1997 to 0.8 in 1999. Fieldwork in the Mazar region revealed under-notification and the need to improve surveillance methods. However, massive use of the services of traditional healers and extreme transport difficulties reduced the efficacy of the interventions. The case of Afghanistan suggests that epidemiological surveillance systems are feasible in countries with armed conflict, although such systems require considerable resources.

Key words: Poliomyelitis. Elimination. Eradication. Acute flaccid paralysis.

En 1988 la Organización Mundial de la Salud adoptó la resolución de erradicar la poliomielitis para el año 2000¹. Desde entonces, en países con endemia de poliomielitis se han realizado importantes progresos en las cuatro estrategias en las que se basa el programa²: inmunización sistemática con vacuna antipoliomielítica oral (VPO), realización de días nacionales de inmunización, establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de parálisis flácidas agudas (PFA) y realización de vacunaciones selectivas en áreas geográficas con sospecha de existencia de cadenas de transmisión (*mopping-up*).

A pesar de las mejoras conseguidas en estos últimos años, subyacen importantes obstáculos, especialmente en algunos países con endemia de poliomielitis, por estar afectados por conflictos armados (fig. 1)³. Con el fin de ayudar al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de asesorar el resto de estrategias de eliminación, la Organización

Mundial de la Salud y los Centers for Diseases Control han creado el programa Stop Polio con el objetivo de reclutar epidemiólogos que puedan asesorar a los países en esta etapa final de erradicación de la enfermedad. Esta nota tiene el objetivo de describir el trabajo de campo, el análisis del sistema de vigilancia epidemiológica y las recomendaciones realizadas para conseguir la eliminación de la poliomielitis para el conjunto de Afganistán, y en particular la región de Mazar (una región en donde persiste el conflicto armado).

En Afganistán no existe un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, por lo que en 1997 se instauró un sistema de vigilancia para las PFA⁴. Este sistema se basa en centros centinela radicados en los principales hospitales del país, los cuales reciben incentivos económicos por cada caso notificado y por realizar una vigilancia activa.

El indicador de la sensibilidad del sistema de vigilancia de PFA es la tasa por 10⁵ casos de PFA no cau-

Figura 1. Países con endemia de poliomiélitis.



Tabla 2. Indicadores de vigilancia epidemiológica de parálisis flácidas (PFA). Afganistán, 1997-1999

| Indicador | 1997 | 1998 | 1999 |
|--|------|------|------|
| Tasa de PFA en niños < 15 años | 0,1 | 0,7 | 0,8 |
| Casos de PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días del inicio (objetivo ≥ 80%) | 52,0 | 52,3 | 60,5 |
| Casos de PFA con examen de seguimiento (objetivo ≥ 80%) | 82,1 | 94,2 | 78,9 |
| Muestras en el laboratorio en ≤ 3 días (objetivo ≥ 80%) | 19,2 | 6,9 | 19,9 |

sadas por polio en niños menores de 15 años (idealmente debe ser de 1 por 10⁵); otro indicador de calidad del sistema es el porcentaje de casos con dos muestras de heces recogidas en los primeros 14 días desde el inicio de la parálisis (debe ser superior al 80%).

Desde 1997 en Afganistán, para cada caso detectado de PFA, se rellenó una encuesta epidemiológica y se recogieron dos muestras de heces. Las variables en este estudio fueron: clasificación del caso de PFA (descartado, compatible, confirmado), inicio de la parálisis, edad, región de residencia, síntomas, dosis de VPO y resultado del laboratorio. Los virus aislados en las muestras de heces se caracterizaron como virus polio o relacionado con la vacuna y se determinó el serotipo.

Durante el período 1997-1999 se detectaron 365 casos de PFA, de los cuales el 59,2% fueron clasificados como casos de poliomiélitis (216/365) y el 40,8% fueron descartados como casos de polio (149/365) (tabla 1).

La tasa de casos de PFA no causados por polio mejoró desde 0,1 en 1997 hasta 0,8 en 1999. Sin embargo, los pacientes con dos especímenes dentro de los 14 días después del inicio de las parálisis no superaron el 60%, y las muestras que llegaron al laboratorio en los tres primeros días de la toma fueron inferiores al

20% (tabla 2). La mayoría de los casos de poliomiélitis (80%) presentaron una edad inferior a los 2 años (173/216) y sólo el 16,7% había recibido tres dosis de VPO (36/216). En el 44,4% se aisló virus de la polio (96/216) y el resto, 55,6% (120/216), fueron considerados compatibles con poliomiélitis.

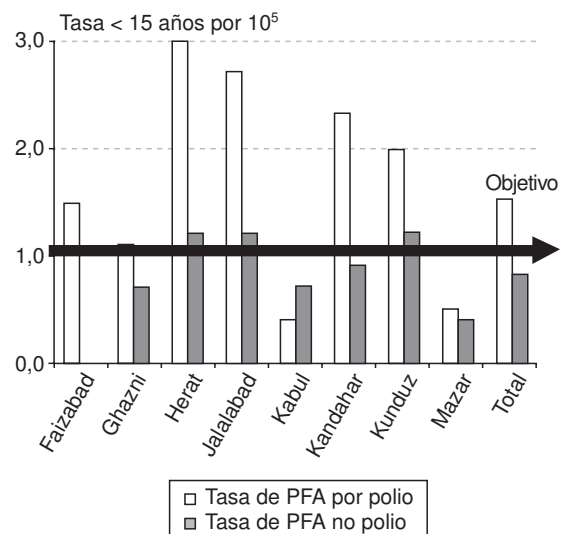
En los 96 casos confirmados virológicamente se aislaron 63 poliovirus tipo 1 (65,6%), dos poliovirus tipo 2 (2,1%) y 29 poliovirus tipo 3 (30,2%). Sin embargo el poliovirus tipo 2 no se había aislado desde 1997, lo que puede ser un indicio de su eliminación.

En el año 1999 se detectaron casos de polio en todas las regiones, pero en algunas de ellas la tasa de PFA no debidas a poliomiélitis fue muy baja, especialmente en Faizabad y Mazar (fig. 2). En esta última región, con el objetivo de mejorar los indicadores del sistema de vigilancia, se realizó una intervención basada en: visita a los 14 de los 29 centros centinelas de la región, curso de entrenamiento en vigilancia de PFA para los oficiales responsables según las deficiencias observa-

Tabla 1. Casos de parálisis flácidas agudas (PFA) debidas a la polio y a otras causas. Afganistán, 1997-1999

| Años | Clasificación final | | Total |
|-------|------------------------|-----------------------|-------|
| | PFA por polio N (%) | PFA no polio N (%) | |
| 1997 | 19 (67,9) | 9 (32,1) | 28 |
| 1998 | 59 (48,8) | 62 (51,2) | 121 |
| 1999 | 138 (63,9) | 78 (36,1) | 216 |
| Total | 216 (59,2) | 149 (40,8) | 365 |

Figura 2. Tasa de parálisis flácidas agudas (PFA) debidas a la polio y a otras causas, por regiones. Afganistán, 1999.



das, asesoramiento en la recogida de información y revisión de los libros de alta de los principales centros sanitarios para detectar casos no notificados. En el principal centro de rehabilitación de la ciudad de Mazar se observó que, en el período comprendido entre el 1 de enero de 1999 y el 30 de marzo de 2000, de un total de 1.592 nuevos pacientes el 8,1% habían solicitado asistencia debido a parálisis residual por polio (129/1.592), de ellos, el 24,1% eran menores de 5 años (31/129). Sin embargo, dado que no habían sido asistidos en centros centinela, ninguno había sido notificado al sistema.

Este trabajo de campo puso de manifiesto la infranotificación de casos de polio y, adicionalmente, representó una oportunidad para mejorar los métodos de vigilancia de las PFA en la región. Sin embargo, algunos obstáculos de orden práctico pueden comprometer la eficacia de estas intervenciones. Entre éstas cabe mencionar la asistencia masiva de los casos por curanderos tradicionales, las difíciles condiciones para el transporte de muestras y las diferencias culturales que dificultan compartir el objetivo de erradicación de la poliomielitis, especialmente en estas etapas finales, cuando el número de casos se ha reducido drásticamente. En estas circunstancias, la erradicación de la poliomielitis liderada por epidemiólogos occidentales compite con otras prioridades como, por ejemplo, la falta de alimentos básicos, la elevada mortalidad infantil u otras enfermedades con alta letalidad como el sarampión.

Por otro lado, la tasa de notificación de PFA de 0,8 para el año 1999 se debe estimar como muy positiva

si se tiene en cuenta que esta tasa es superior al 0,64 detectada en España⁵ para el mismo año y que Afganistán vive un conflicto armado desde hace 19 años. Sin embargo, dado que es una de las últimas zonas endémicas con graves problemas económicos, sociales y de transporte, la eliminación de la enfermedad en Afganistán (y en el resto de las zonas con conflictos armados) precisará días nacionales de inmunización extras y un fortalecimiento especial del sistema de vigilancia que permita certificar la eliminación de la enfermedad. Estos recursos adicionales y la continua asistencia en vigilancia epidemiológica deberían llegar a corto plazo y con la perspectiva de ayudar a montar un sistema de vigilancia que sirva no sólo para certificar la erradicación de la enfermedad, sino también para conseguir otros objetivos a medio plazo como la erradicación del sarampión.

El caso de Afganistán hace pensar que es posible mantener un sistema de vigilancia con unos niveles aceptables en países con conflictos armados, aunque ello requiere un aporte importante de recursos económicos y sanitarios. Además, los aspectos culturales y las peculiaridades propias de sus sistemas sanitarios, como la posible existencia de una importante red de curanderos tradicionales que se deben incorporar a los sistemas de detección de casos, son otros elementos que deben tenerse en cuenta. El objetivo mundial de la erradicación de la poliomielitis debe ser compartido por todos y cada uno de los países, y a su vez contextualizarse en la realidad sanitaria de las zonas con endemia de la enfermedad.

Bibliografía

1. World Health Assembly. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000. Ginebra: World Health Organization, 1988 (resolution WHA 41.28).
 2. Hull HF, Ward NA, Hull BP, Milstein JB, De Quadras C. Paralytic poliomyelitis: seasoned strategies, disappearing disease. *Lancet* 1994; 343: 1331-1337.
 3. Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward global poliomyelitis eradication, 1997-1998. *MMWR* 1999; 48: 416-421.
 4. Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward poliomyelitis eradication - Afghanistan, 1994-1999. *MMWR* 1999; 37: 825-828.
 5. Pachón del Amo I, Sanz Ortiz MC. Certificación de la erradicación de la poliomielitis. Sistema de vigilancia de parálisis flácidas agudas. *Bol Epidemiol Sem* 1999; 7: 189-192.
-