

Treinta años sin viruela

Dr. J. M. Avilán Rovira

Individuo de Número

El próximo 26 de octubre se cumplirán 30 años sin viruela en el mundo (1).

¿Cómo pudo lograrse tanto éxito?

Brevemente relataremos uno de los acontecimientos más importantes en la historia de la humanidad: la erradicación de la viruela, que no hace tanto tiempo, en 1967, todavía produjo 10 a 15 millones de casos al año en el mundo, de los cuales murieron de 1,5 a 2 millones de personas.

Con su desaparición también se eliminó una de las causas de la ceguera, la desfiguración grave y otras lesiones incapacitantes de los supervivientes.

Su eliminación determinó que los países podían utilizar recursos antes dedicados a la lucha antivariólica, a otros problemas de salud pública y que los viajeros no necesitaran presentar certificados de vacunación.

¿Cómo fue posible la erradicación de la viruela en el mundo?

En 1959, la Vigésima Asamblea Mundial de la Salud, adoptó la importante decisión política de emprender la erradicación mundial de la viruela (2).

Para esa fecha la viruela se había dominado en muchos países, entre ellos el nuestro, como veremos más adelante, pero la erradicación a nivel mundial requería de un esfuerzo coordinado internacionalmente.

La decisión no podía tener éxito sin el compromiso de todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incentivados por el crédito y la autoridad del organismo internacional, que dedicó no sólo recursos materiales, sino en especial personal científico

competente, respetado en todo el mundo y muy motivados.

La aprobación de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1965, fue unánime y condujo a una excelente cooperación entre países, como Estados Unidos y la Unión Soviética, que aún se encontraban inmersos en la guerra fría.

La OMS en verdad no podía obligar a cumplir sus responsabilidades a un miembro, pero en la mayoría de las veces la persuasión moral de los jefes de Estados u otras figuras nacionales destacadas, surtieron su efecto cuando no había respuesta de los funcionarios inferiores por inercia o falta de recursos.

El éxito del programa no se debió únicamente a la disponibilidad de la vacuna y la capacidad de gestión. Fue preciso adaptar las estrategias de vacunación a las distintas situaciones administrativas, socioculturales y geográficas y elaborar procedimientos de evaluación no sólo del número de vacunaciones practicadas, sino de lo más importante, de su impacto en la incidencia de la enfermedad.

De acuerdo a Donald A. Henderson, quien dirigió las actividades que condujeron a la erradicación de la viruela entre 1966 y 1977, los problemas confrontados en el terreno generaron investigaciones cuyos resultados desempeñaron una función esencial, en especial, por su estrecha vinculación con la ejecución del programa y permitieron verificar su validez por la pronta aplicación práctica de las muchas observaciones realizadas (2).

Así por ejemplo, uno de los resultados más útiles, fue la importancia de la inspección de la calidad de la vacuna en el éxito obtenido, actividad por cual no había interés antes de 1967. A partir de los

resultados, sólo se utilizaron aquellas vacunas de las que se tenía certeza de su actividad o pureza y que se hubiesen conservado convenientemente.

Otro de los nuevos conceptos utilizados fue el llamado “control epidemiológico selectivo” o “escalada de la erradicación”, como también se le conoce, a partir de 1968. Hasta entonces los programas de vacunación antivariólica se consideraron equivalentes a los programas masivos de vacunación, basados en coberturas de más del 80 % de la población a proteger. Sin embargo, se descuidaba la interrupción de la transmisión (3).

Con la concepción de la “escalada”, antes que incrementar la inmunidad en todas las regiones, se prestó mayor atención a las más afectadas y se aprovechó la estacionalidad de la ocurrencia, es decir, el período de baja incidencia.

La técnica comprendía además la vigilancia activa (búsqueda de casos antes que esperar la notificación), la investigación y control de brotes (vacunación en la “región geográfica o sociológicamente contigua” alrededor de cada paciente), así como obtener con la mayor rapidez posible información sobre la ocurrencia de la enfermedad.

Esta experiencia demostró en la práctica que al dedicar más estudio y esfuerzo a los focos de viruela, fue posible erradicar la enfermedad en una región, interrumpiendo la transmisión oportunamente, vacunando a una proporción más pequeña de la población. Esta en realidad, era la técnica empleada en los países no endémicos.

Para fines de 1974 las zonas endémicas se redujeron a 5. Etiopía en el África e India, Paquistán, Bangladesh y Nepal, en el subcontinente densamente poblado de Asia meridional. Con la extensión de la concepción de la “escalada” a los países endémicos, estos fueron considerados como regiones no endémicas, con “islas” de endemicidad, que eran las atacadas de preferencia, como si se tratara de localidades con casos importados.

Alrededor de un año después, el 16 de octubre de 1975, se diagnosticó el último caso naturalmente adquirido de viruela mayor, en Bangladesh y du-

rante el mes de diciembre del mismo año, sólo se detectaron 202 casos, todos ellos en Etiopía, que se consideró como el último país del mundo con viruela endémica.

El último caso de viruela endémica (alastrim, viruela menor) fue diagnosticado en Merka, puerto de Somalía, país africano, vecino a Etiopía, el 26 de octubre de 1977. Fue aislado y se procedió a examinar y vacunar a sus contactos. Una búsqueda estricta puso de manifiesto la ausencia de otros casos de viruela en la zona (1).

Como señalamos anteriormente, en Venezuela la viruela había desaparecido con anterioridad al programa de erradicación de la OMS, con el “Plan de Campaña Nacional Preventiva de Vacunación Antivariólica”(4), ideado y ejecutado por el Dr. Darío Curiel Sánchez, eminente sanitarista, Miembro Correspondiente de esta Academia, fallecido en 1983.

En 1975 se reconoció oficialmente que la viruela había sido erradicada de las Américas, cuatro años después del último caso reportado en Brasil en 1971. En Venezuela, los últimos casos autóctonos, diagnosticados y registrados como viruela menor (alastrim), ocurrieron en 1956, diez años antes que el último diagnosticado en Colombia y 21 años antes que en el mundo.

REFERENCIAS

1. Jeseck Z. Tras la erradicación de la viruela. Foro Mundial de la Salud. 1987;8(3):316-320.
2. La erradicación de la viruela: relato de un éxito de la OMS. Entrevista con Donald A. Henderson. Foro Mundial de la Salud. 1987;8(3):305-315.
3. Foege WH, Millar DJ, Lane JM. Control epidemiológico selectivo en la erradicación de la viruela. En: Back C, Llopis A, Nájera E, Terris M, editores. El desafío de la Epidemiología. Pub Cient N° 505, OPS. 1988.p.943-948.
4. Curiel D. La erradicación de la viruela en Venezuela como resultado de una campaña preventiva. Rev Venez San Asis Soc. 1960;XXV(2-3):17-32.