



AVANCES EN MEDICINA

Respuesta mundial ante la amenaza del ébola

Global response to the ebola's threat



M. Seguí Díaz^{a,*}, C. Escobar^b y J.A. Divisón^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, UBS Es Castell, Menorca, Baleares, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España

WHO Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa—the first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med.* 2014;371:1481-1495.

Resumen

Fundamento: El 23 de marzo del 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó de una epidemia por virus del ébola (VE) en Guinea. El 8 de agosto de este año, la OMS declaró que la epidemia podía considerarse como una emergencia en salud pública de preocupación internacional.

Métodos: El 14 de septiembre del 2014 se declararon un total de 4.507 casos probables y confirmados y 2.296 muertes por VE (variedad Zaire) en 5 países del oeste de África (Guinea, Liberia, Nigeria, Senegal y Sierra Leona). Se analizó con detalle los datos disponibles de 3.343 casos confirmados y de 667 casos probables notificados en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona hasta el 14 de septiembre del 2014.

Resultados: La mayoría de los pacientes tuvieron entre 15-44 años (49,9% varones), estimando una tasa de letalidad del 70,8% (IC 95%: 69-73) entre las personas que mostraron signos o síntomas clínicos de la infección. Tanto el curso

de la infección con sus signos y síntomas, como el período de incubación (11,4 días) e intervalos de las series (15,3 días) fueron parecidos a las epidemias previas documentadas por el VE. Según el crecimiento exponencial de la epidemia a partir de los períodos iniciales los números de crecimiento básico estimados fueron de 1,71 (IC 95%: 1,44-2,01) para Guinea, de 1,83 (IC 95%: 1,72-1,94) para Liberia y de 2,02 (IC 95%: 1,79-2,26) para Sierra Leona.

Los números actuales de reproducción estimados fueron de 1,81 (IC 95%: 1,60-2,03) para Guinea, de 1,51 (IC 95%: 1,41-1,60) para Liberia y de 1,38 (IC 95%: 1,27-1,51) para Sierra Leona, lo que generó que los tiempos de duplicación fueran de 15,7 días (IC 95%: 12,9 -20,3) para Guinea, 23,6 días (IC 95%: 20,2-28,2) para Liberia y de 30,2 días (IC 95%: 23,6-42,3) para Sierra Leona. Asumiendo que no existirán cambios en la medidas de control de esta epidemia, el 2 de noviembre de este año, el número de casos acumulados entre confirmados y probables previstos serán de 5.740 en Guinea, 9.890 en Liberia y de 5.000 en Sierra Leona, superando en total los 20.000 casos.

Conclusión: Estos datos indican que sin una mejora drástica en las medidas de control de la epidemia el número de casos y de muertes por el VE seguirá aumentando entre cientos o miles por semana y durante los meses próximos.

Comentario

En el momento de escribir este comentario (25 octubre), la OMS ha confirmado el número redondo de 10.141 casos de ébola en los 8 países que han tenido casos de esta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mseguid5@gmail.com (M. Seguí Díaz).

enfermedad, 2 de los cuales han sido declarados recientemente libres de la enfermedad. De estos casos, entre probables y confirmados, 4.922 murieron. Según esta actualización 4.655 se produjeron en Liberia, 3.896 en Sierra Leona, 1.553 en Guinea, 20 en Nigeria, uno en Senegal, uno en España, uno en Mali y 4 en Estados Unidos. Con estos datos en la mano hacen improbable llegar a la cifra de 20.000 de aquí una semana, como apunta el artículo comentado. Algo, por tanto, se está haciendo bien^{1,2}.

La epidemia del ébola ha salido recientemente a la opinión pública mundial como una amenaza grave en salud pública, cuando se trataba de una infección grave pero conocida desde el año 1976, que en forma de pequeñas epidemias (15) se producía periódicamente en el África subsahariana. Sin embargo, la novedad se produce porque no se había producido ninguna epidemia y muertes en la costa occidental de África hasta diciembre del año 2013. Este cambio de ubicación, que afectara a zonas urbanas, su rápida extensión y gran mortalidad (70%) ha hecho saltar todas las alarmas de los países occidentales³.

La enfermedad por el virus del ébola tiene un período de incubación, desde que se pone en contacto con un enfermo, de entre 2-21 (en este brote 11,4 días), a partir del que aparecen síntomas inespecíficos de cualquier enfermedad infecciosa, sea fiebre, cefalea, odinofagia, mialgias y debilidad, por lo que puede ser confundido con otros procesos, y que aun así obligarían al aislamiento hasta descartar la enfermedad. Otros síntomas que se van añadiendo en el transcurso de la enfermedad son, los vómitos, las diarreas, las abdominalgias, los exantemas hemorrágicos, las hemorragias internas y externas...

Aunque, no sea del conocimiento general, este virus no se contrae por el solo hecho de estar al lado de un enfermo de ébola, pues no se transmite por vía aérea y solo lo hace en pacientes en fase clínica declarada y por medio de los fluidos del mismo, sean orina, vómitos, saliva, heces, semen, o sangre, y al manipular objetos contaminados a partir del enfermo y animales infectados. Las personas con mayor riesgo de infectarse son, por tanto, aquellos en contacto con los enfermos, familiares y sanitarios^{4,5}.

Dentro de las medidas que se han utilizado para contener la epidemia más allá de los países de origen es el de realizar un cribado a todos los pasajeros provenientes de estos países (aeropuertos) y a viajeros transeúntes que pasen las fronteras a partir de estos. El problema que se ha planteado es si esto es realmente efectivo, pues lo que se intenta detectar, es por un lado, uno de los síntomas, la fiebre (fácilmente disimulable mediante antitérmicos) y, por otro, si se ha tenido algún otro síntoma o si se ha tenido contacto con algún enfermo con esta enfermedad (respuestas

que dependen de la sinceridad del entrevistado). De ser positivas se activa un protocolo de aislamiento⁶.

Las recomendaciones se hacen tanto en la salida del país de origen como en la llegada en el país al que se pretende viajar. En un reciente editorial se revisa lo publicado al respecto y se llega a la conclusión que su repercusión en términos de evitar la diseminación de la epidemia es muy escaso, de tal modo que con los datos actuales si todo el mundo que tuviera síntomas se le dejara en tierra, solo de 7 de cada 100 pasajeros infectados con ébola que viajaran a Reino Unido (teniendo en cuenta el tiempo de vuelo) tendrían síntomas a la hora de tomar tierra y podrían ser detectados por el cribado (IC 95%: 3-13). O lo que es lo mismo el 93% pasarían la frontera sin problemas, es decir que la mayoría de personas entrarían en el país sin síntomas y desarrollarían la enfermedad después. Ahora bien, si se permitiera viajar al margen de los síntomas la cantidad de pacientes detectados a la llegada aumentaría a un 43% (IC 95%: 34-53%). Según, estos autores, y vistos los datos, sería más coste-efectivo informar a la población de adonde pueden acudir si tienen unos determinados síntomas (dado que es una enfermedad de alta letalidad) y trasladar los esfuerzos económicos utilizados en el cribado de los aeropuertos a dotar de recursos humanos y materiales para controlar la epidemia en los países en donde se produce esta epidemia. Sea como fuere, las previsiones han sido mejores de las esperadas, pues algo se debe estar haciendo bien.

Bibliografía

1. US Centers for Disease Control and Prevention. Outbreaks chronology: Ebola hemorrhagic fever [actualizado 6 Sep 2014; consultado 15 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/resources/outbreak-table.html>
2. WHO. Ebola Response Roadmap Situation Report [consultado 25 Oct 2014]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137185/1/roadmapupdate25Oct14_eng.pdf?ua=1
3. Gostin LO, Lucey D, Phelan A. The Ebola epidemic: A global health emergency. *JAMA*. 2014;312:1095-6.
4. US Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention and control recommendations for hospitalized patients with known or suspected Ebola hemorrhagic fever in U.S. hospitals [actualizado 19 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/infection-prevention-and-control-recommendations.html>
5. US Centers for Disease Control and Prevention. Questions and answers on experimental treatments and vaccines for Ebola [actualizado 29 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/guinea/qa-experimental-treatments.html>
6. Mabey D, Flasche S, Edmunds WJ. Airport screening for Ebola: Will it make a difference? *BMJ*. 2014;349:g6202.