

Ébola

El virus Ébola se detectó por primera vez en 1976 en dos brotes epidémicos simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que le da nombre. Se han producido desde 1976 dieciséis brotes de Ébola con un número de enfermos que ha oscilado entre 1 y 425. La duración de los brotes osciló entre menos de un mes (Uganda 2010) y dos años (Congo-Brazzaville en 2001-2003).

Hubo brotes en que el virus saltó fronteras: entre la República Democrática del Congo y el Sudán en 1976, Congo-Brazzaville y Gabón en 2001 y Uganda y RDC en 2007.

Existen cinco especies diferentes del virus del Ébola: Bundo bugyo, Côte d'Ivoire, Reston, Sudán y Zaire. Las especies Bundo bugyo, Sudán y Zaire se han asociado a importantes brotes de fiebre hemorrágica declarados en África. La especie Reston, detectada en Filipinas, ataca a los cerdos pudiendo teóricamente infectar a los seres humanos.

En diciembre de 2013 se detectaron algunos casos de Ébola en zonas rurales de Guinea Conakry. Nada indicó a los expertos que la epidemia no se comportaría del modo en que lo había hecho en los quince brotes ocurridos anteriormente en África subsahariana. Todos se habían caracterizado por un número reducido de casos (siempre inferior a 500), una elevada letalidad (mueren entre el 25% y el 100% de los enfermos), una propagación espacial del virus limitada y un tiempo de duración de la epidemia de semanas o meses.

Los acontecimientos de este brote, sin embargo, han desbordado todas las previsiones. En los primeros meses de 2014 surgieron algunos casos en Conakry, la capital. Era la primera vez que el Ébola afectaba a una gran ciudad (de en torno a 2 millones de habitantes). En los meses siguientes la epidemia sobrepasó las fronteras de Guinea-Conakry, alcanzando Liberia en marzo, Sierra Leona en mayo y Nigeria (el país más poblado de África) en julio de 2014. Se nos acaban de notificar los primeros casos de Ébola en la República Democrática del Congo.

En España nunca se olvidarán las noticias que nuestros medios de comunicación obtuvieron en el entorno del padre Miguel, el misionero enfermo de Ébola, repatriado desde Monrovia. El Hospital Saint Joseph, uno de los más importantes de Monrovia, en el que se atendía a enfermos de Ébola, carecía de guantes y de mascarillas, quizás también de agujas desechables, de sondas urinarias o nasogástricas, etc. El sacerdote fallecido tuvo que depositar sus esperanzas en el envío desde España de un cargamento de estos materiales preparado por sus familiares, sus amigos y sus hermanos religiosos. El envío se hizo pero nunca llegó.

La enfermedad y muerte de un buen número de médicos y enfermeros, el cierre de los hospitales, la huida masiva de enfermos de centros que en lugar de curación sólo podían ofrecer un gran riesgo de contagio, y la consecuente ocultación de los enfermos por sus familias constituyen son la fatídica realidad que ha auspiciado la propagación incontrolada del Ébola, y ha auspiciado los brotes secundarios de otros países de África subsahariana. Es muy probable que surjan también casos en Europa.

El virus Ébola provoca brotes epidémicos de una fiebre hemorrágica que tienen una tasa de letalidad de hasta el 90%; se han producido brotes principalmente en aldeas de África central y occidental, cerca de selvas tropicales.

Se considera que los murciélagos de la fruta de la familia *Pteropodidae* (*Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* y *Myonycteris torquata*) son los huéspedes naturales del virus. Los simios, puercoespines, ciervos, etc. son huéspedes accidentales desde los que el virus puede saltar a la especie humana mediante la caza, el despiece y el consumo de estos animales.

Una vez que el virus afecta al hombre, la transmisión de persona a persona se produce por contacto con la sangre, el sudor, la saliva, la orina, las heces y otros líquidos corporales de las personas infectadas.

Las actividades fundamentales en las que se produce el contagio son el cuidado de los enfermos por el personal sanitario o por sus familiares, las ceremonias de inhumación que realizan estos pueblos, la reutilización de agujas con las que se ha pinchado a enfermos de Ébola en los centros sanitarios o en los mercados locales! Y también se han producido contagios en personal de laboratorio y en personal de limpieza y lavandería de los hospitales.

El periodo de incubación de la enfermedad oscila entre 2 y 21 días. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa, dolor muscular, cefalea, seguido en unos días de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción hepática o renal y, en algunos casos, hemorragias internas y externas. Hay disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas. La tasa de letalidad ha variado, dependiendo del brote, entre el 25% y el 90%.

El diagnóstico se hace mediante detección de anticuerpos (ELISA), de antígenos (RT-PCR) o por cultivo celular y aislamiento del virus.

Los enfermos suelen necesitar rehidratación por vía intravenosa u oral con soluciones que contengan electrolitos. No se recomienda administrar inyecciones intramusculares ni canalizar más de una vía de perfusión.

Contamos con algunos medicamentos prometedores y se están evaluando varias vacunas.

Las medidas de Prevención y control del brote son fundamentalmente medidas de barrera como corresponde a una enfermedad transmisible por contacto:

- Evitar el contacto físico con los pacientes.
- Utilizar guantes, mascarilla, bata y gafa para cuidar a los enfermos.
- Lavado de manos frecuentes con agua y jabón.
- Hervir ropa y sábanas del paciente.
- Limpieza diaria de locales con lejía al 4% disuelta al 1/50.
- Limpieza de superficies manchadas (sangre, heces, orina, esputos, etc.) con lejía 4% disuelta al 1/10.
- Incineración de los objetos contaminados.
- El personal de laboratorio manipulará las muestras infectadas o sospechosas tomando las mismas medidas de barrera.

EDITORIAL

- Ritos funerarios. En muchos pueblos africanos los familiares y vecinos del difunto se despiden de él tocándole y besándole, por lo que en los funerales de sujetos fallecidos por Ébola se han producido contagios masivos.

Todo contacto físico no protegido con el cuerpo del difunto puede ser infectante por lo que las personas que limpian y amortajan a los difuntos deben utilizar guantes, mascarilla, bata botas impermeables y delantal de plástico. Además, el cuerpo se rociará con una solución de lejía y se introducirá a la mayor brevedad posible en una bolsa hermética e impermeable, que también se rocía con solución desinfectante, no demorándose el enterramiento por ningún concepto.

Las personas que hayan tenido contacto con un sujeto enfermo de Ébola pueden contagiarse y enfermar de Ébola durante un periodo de 21 días desde el último contacto de riesgo debiendo tomar, durante este periodo, dos veces al día su temperatura. Aquellos que presenten fiebre o enfermen, son sospechosos de padecer Ébola y deben ser aislados y tratados con las medidas de protección sanitaria necesarias.

Juan Cascante Burgos

Teniente coronel médico

Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa
Glorieta del Ejército 1. 28047 Madrid. España.