

Nuevo brote de enfermedad por virus Ébola. Otro reto de vigilancia epidemiológica

Sanidad mil. 2018; 74 (3): 142-143, ISSN: 1887-8571

El pasado 8 de mayo de 2018, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo (RDC), tras confirmar en el laboratorio del Institute National de Recherche Biomédicale (INRB) de Kinshasa las muestras de pacientes sospechosos, notificó a la OMS la confirmación de 2 casos de enfermedad por virus Ébola (EVE).

El virus Ébola es una enfermedad endémica en la RDC y no es la primera vez que este país sufre una situación similar. Desde el descubrimiento del virus en 1976 en RDC, éste es el noveno brote que sufre este mismo país. En 2017 apareció el último brote en la provincia de Bas Uele, en el norte de RDC pero en esta ocasión se contuvo rápidamente. En concreto la provincia de Equateur, es la cuarta vez que se notifica un brote de este tipo, después de los de 1976, 1977 y 2014, pero si es la primera vez que afecta a la Zona de Salud de Bikoro.

La información recogida sobre la evolución del brote sigue siendo limitada y se disponen de escasos datos epidemiológicos sobre el terreno para avanzar en la investigación. Hasta el mes de mayo se han notificado más de 50 casos acumulados y entre ellos algo más de la mitad de fallecidos (tasa letalidad 53%).

La provincia afectada, Equateur, tiene una población estimada de 2,5 millones de personas. El centro epidemiológico del brote, con más del 90% de los casos confirmados se encuentra en las zonas de salud de Bikoro, Iboko y Wangata.

Las primeras afectadas zonas de Bikoro e Iboko son zonas rurales de difícil acceso por vía terrestre y con limitadas capacidades sanitarias. La confirmación del primer caso en la ciudad de Mbandaka ha cambiado la situación. La enfermedad ha conseguido irrumpir en un gran centro urbano con ejes de transporte aéreo y por carretera, ubicado a orillas del principal río. Esto ha aumentado el riesgo tanto de propagación local, como de propagación dentro de la RDC y a los países vecinos.

En los 8 brotes previos de EVE en RDC, el virus se limitó a aldeas remotas de la jungla o ciudades relativamente pequeñas, donde las poblaciones aisladas tienen menos probabilidades de propagar la enfermedad. La nueva región sin embargo, se encuentra a orillas del río Ubangui y Congo (considerado como el sistema de carreteras de la región), que es navegable desde Kishangani a ciudades importantes como Bumba, Mbandaka y Kinshasa (capital de la RDC con más de 11 millones de habitantes), así como hasta Brazzaville, la capital de la República del Congo.

El hecho de que aumenten los casos en un centro urbano de más de un millón de personas subraya la posibilidad de que este brote se descontrola. Además el brote actual ocurre

en el contexto de un prolongado brote de cólera, localizado en torno a la cercana zona de salud de Lukokela. Además RDC atraviesa, desde hace tiempo, una grave crisis económica y política, junto a una importante emergencia humanitaria con varios millones de desplazados internos y más de 600.000 refugiados.

Podríamos por un momento sentirnos tentados a pensar que nos enfrentamos a la reaparición de la grave epidemia de EVE que se extendió por África Occidental durante más de un año en 2014. Esta delicada situación que afectó a varios países africanos (Liberia, Sierra Leona, Guinea Conakry, Senegal, Nigeria, Mali) se extendió a Europa, EEUU e incluso llegó a nuestro país, cobrándose más de 11.000 vidas. Con el paso del tiempo se han analizado los posibles errores que pudieron intervenir en la extensión y gravedad de la situación. Los expertos culparon a la lenta y descoordinada respuesta de las organizaciones internacionales fundamentalmente la OMS.

En este caso las lecciones aprendidas de la epidemia del 2014 han hecho mejorar la respuesta a nivel local e internacional convocando al comité de emergencia de la OMS en las primeras semanas del brote y desplegando rápido sobre el terreno a expertos en salud pública, médicos, científicos, antropólogos y muchos profesionales que están trabajando de forma coordinada para contener el brote.

Es cierto que la presencia del Ébola en Mbandaka ha hecho que el riesgo de propagación internacional de la enfermedad sea algo más elevado, pero el comité de emergencia aún no ha determinado que el evento cumpla con los criterios de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) como se define en el RSI (2005) y no recomienda ninguna restricción a los viajes o al comercio internacional con la RDC.

Una novedad en el control de la situación respecto a la grave epidemia de 2014 es la utilización experimental de vacuna. Si bien ésta podría ser la medida clave de prevención y control de la EVE, de momento y mientras la vacuna experimental no consiga demostrar la eficacia, el control de la enfermedad y del brote tiene otros protagonistas, que son un conjunto de medidas de salud pública.

Es un reto para la sanidad militar y la inteligencia sanitaria, la valoración casi a diario de situaciones de este tipo de alertas y emergencias sanitarias de enfermedades transmisibles que afectan a la salud de los miembros de las FAS, pero sobre todo en escenarios en los que las amenazas tienen tan grave impacto en la operatividad y seguridad de las misiones internacionales como los brotes de Ébola.

La adecuada respuesta y propuesta de medidas de protección sanitaria frente a la EVE comienza con una apro-

EDITORIAL

ximación a la situación, valoración del riesgo y vigilancia epidemiológica actualizada en cada situación de crisis como la actual.

La vigilancia de la evolución epidemiológica se realiza desde el Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa, identificando y valorando los posibles riesgos para el personal de las FAS desplegados en países con riesgo de propagación de la EVE y la respuesta, la establece la normativa vigente¹ y los protocolos donde se actualizan las medidas de prevención y control adecuadas para proteger la salud ante esta amenaza. Esta respuesta es actualizada a medida que la evidencia científica o la situación epidemiológica cambian. Todo ello es clave para conseguir el objetivo, que no es más ni menos que

la anticipación, preparación, planificación y coordinación de la respuesta ante nuevas amenazas para la salud.

Al cierre de esta editorial la situación ha mejorado sin duda gracias a la colaboración de todos los implicados en coordinar las medidas de salud pública comentadas. Desde el 17 de mayo de 2018, no se han notificado nuevos casos ni en Bikoro ni en Wangata y el 12 de junio de 2018 se dio de alta al último caso confirmado de EVE en la provincia de Ecuador. El fin del brote se declaró el día 24 de julio de 2018, fecha en la cual habían transcurrido dos períodos de incubación (42 días) desde la fecha de alta del último caso confirmado de EVE sin que se identificase ningún nuevo caso de la enfermedad.

Elga Mayo Montero

Tcol. Médico

Servicio de Epidemiología e Inteligencia Sanitaria
Instituto de Medicina Preventiva de las Defensas “Capitán
Médico Ramón y Cajal”

¹ (Instrucción Técnica n. 05, de 5 de noviembre de 2014, de la Inspección General de Sanidad de la Defensa, sobre “Prevención y control de la Enfermedad por el Virus Ébola en las FAS”, los protocolos establecidos por el Ministerio de Sanidad, aprobados por la Comisión de Salud Pública y ratificados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones de los Organismos Internacionales)