

Editorial

El brote de Ébola: la crisis local no debe impedir ver el grave problema en África occidental



The outbreak of Ebola: the local crisis should not blind us to the serious problem in Western Africa

Pere Godoy*, José María Mayoral, María José Sierra, Nuria Aragonés, Rosa Cano, Anxela Pousa y Francisco González

Grupo de Vigilancia Epidemiológica de la Sociedad Española de Epidemiología, España

La respuesta rápida, oportuna y dirigida al foco del problema es una de las claves para que una alerta sanitaria pueda controlarse de manera efectiva. En este momento no hay duda de que en esta emergencia las actuaciones no han sido rápidas ni oportunas y que ha habido un fallo en la respuesta internacional¹. El 8 de agosto, la Directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la evaluación del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional [RSI(2005)], declaró el brote de Ébola como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII) cuando el brote ya llevaba varios meses de intensa transmisión².

La enfermedad por virus Ébola

Los brotes de Ébola se originaron a partir de un reservorio animal, probablemente los murciélagos frugívoros, con la participación de especies animales como gorilas, chimpancés, antílopes y cerdos. Desde el primer brote detectado en 1976 en Yambuku, Zaire (actual República Democrática del Congo), se han detectado más de 20 brotes en África que en conjunto han ocasionado más de 1600 casos^{3,4}. Estos brotes han ido apareciendo de forma esporádica a partir de la infección por contacto de un ser humano con el reservorio animal y la posterior transmisión persona-persona, y se habían localizado en zonas rurales. Los brotes se controlaron con medidas de contención: identificación y aislamiento de los casos, estudio de contactos y cuarentena de estos, para evitar el establecimiento de cadenas de transmisión⁵. Estos brotes contribuyeron a aumentar el conocimiento de la epidemiología de la enfermedad, pero lo que se aprendió en ellos no ha ayudado a mejorar el control del brote actual de Ébola¹.

La transmisión es por contacto directo con fluidos de enfermos, como sangre, vómitos, heces y saliva⁶, y solo se produce cuando los enfermos han desarrollado síntomas clínicos. No se transmite por aire, agua ni alimentos⁶. Los virus pueden sobrevivir en las superficies, pero se inactivan fácilmente con desinfectantes habituales (agua y jabón), soluciones alcohólicas o hipoclorito sódico. La enfermedad tiene un periodo de incubación de 2 a 21 días. Se ha estimado que el número reproductivo (R_0), que indica la transmisibilidad de la enfermedad, es inferior a 2 en estos países con sistemas sanitarios precarios³. Este número se ha utilizado para estimar la evolución del brote y es muy inferior al de otras enfermedades como el sarampión, la parotiditis o la tos ferina. El riesgo para el personal sanitario

que atiende enfermos con enfermedad avanzada es alto, pero no es representativo del riesgo para la población general.

El brote actual de Ébola en África occidental

Este brote está causado por el virus de Ébola Zaire, una de las cinco especies identificadas de este virus, que fue aislado en 2009 en la provincia de Kasai occidental^{7,8}. Es el primer brote descrito en países de África occidental. Los primeros casos fueron notificados a la OMS por Guinea Conakry el 23 de marzo de 2014, aunque se estima que se habían producido casos en diciembre de 2013⁸. Más tarde se detectaron casos en Liberia y Sierra Leona³. En estos tres países se sigue produciendo una transmisión intensa y la situación continúa sin estar bajo control⁹. Nigeria ha notificado 19 casos producidos a partir de un caso sintomático que viajó en un vuelo desde Liberia¹⁰, y Senegal ha tenido un único caso importado. Ambos países han declarado ya el brote como cerrado. El último país de África que ha notificado casos ha sido Mali, que el 12 de noviembre notificó un agrupamiento de casos asociados a un caso índice importado desde Guinea-Conakry.

Los brotes de Ébola se habían concentrado en zonas rurales, donde la respuesta de salud pública evitó la propagación a áreas urbanas¹. Uno de los retos del brote actual es el control de la transmisión en grandes áreas urbanas, donde la adopción de medidas es mucho más complicada. Un aspecto clave es la detección y el aislamiento de los pacientes para su tratamiento, así como el seguimiento de los contactos, medidas que en algunas zonas presentan grandes dificultades debido a la pérdida de confianza de la población en las autoridades sanitarias¹¹. Ello ha motivado la ocultación de casos y de sus contactos, y por tanto un incremento de la transmisión entre la población. En la actualidad ya se han detectado más de 17.000 casos, con más de 6000 muertes, y la previsión es que aumenten en los próximos meses.

Con esta situación, el débil sistema sanitario de estos países se ha visto desbordado, lo que puede tener consecuencias imprevisibles para enfermedades que causan mayor morbilidad y mortalidad que el Ébola, como la tuberculosis, la malaria, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida, la neumonía, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades mentales y la desnutrición^{12,13}.

La amenaza internacional del Ébola

Este brote conecta directamente con el concepto de salud pública global, que se fundamenta en la idea de que la salud es un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pere.godoy@gencat.cat (P. Godoy).

bien público que debe salvaguardarse para toda la población mundial, y especialmente para los grupos más vulnerables, a través de una traslación de los conocimientos científicos hacia la práctica de la salud pública sin límites de fronteras. Por tanto, propugna la aplicación de las técnicas de prevención basadas en la mejor evidencia científica, de manera coordinada, en todo el mundo¹⁴.

Desde la entrada en vigor del nuevo RSI (2005), la OMS solo había declarado que una situación constituía una ESPII en dos ocasiones: en 2009 debido a la gripe pandémica A(H1N1) y en 2014 por la propagación internacional de la poliomielitis. Por tanto, actualmente se considera que existe un riesgo de propagación internacional del Ébola, y el RSI busca una respuesta internacional coordinada para controlar el brote y detener la propagación de la enfermedad.

La alarma y las falsas creencias alimentan el miedo de forma similar a lo ocurrido en otras crisis sanitarias, como la gripe pandémica o el síndrome respiratorio agudo y grave (SARS)¹⁵. La enfermedad del Ébola plantea un riesgo muy bajo para la población de la Unión Europea, incluida España^{15,16}. Desde el inicio de este brote, aún no se ha detectado ningún viajero infectado procedente de la zona epidémica. La probabilidad de que el virus se establezca y se propague en los países occidentales y con sistemas sanitarios desarrollados es muy pequeña^{17,18}. A ello contribuyen factores como el periodo de incubación medio relativamente corto, durante el que no existe riesgo de transmisión, la relevancia de los antecedentes epidemiológicos, la escasa infectividad durante los primeros días en que se manifiesta la enfermedad y su modo de transmisión. En la difusión de la enfermedad en los países africanos afectados tienen una enorme relevancia comportamientos culturales como el lavado de los cadáveres antes de su entierro, riesgos casi nulos en nuestro medio excepto para los trabajadores implicados directamente en la atención a los pacientes⁶.

La enfermedad por virus Ébola en España

La posibilidad de la repatriación de un nuevo caso, o la llegada de algún infectado asintomático a España, serán mayores en la medida en que se extienda o prolongue este brote en África occidental. Esta posibilidad podrá controlarse con los protocolos de vigilancia epidemiológica y de salud pública puestos en marcha, pero para el control de la epidemia es urgente una respuesta internacional de salud pública en los países afectados^{3,19}.

Puede resultar paradójico, pero seguramente es una suerte que la transmisión de los primeros casos de Ébola fuera de África haya ocurrido en España y en Estados Unidos. Al margen de las turbulencias políticas y de comunicación, estos dos países tienen sistemas sanitarios capaces de detectar y aislar a los enfermos, y sistemas de vigilancia de salud pública para identificar, estudiar sus contactos y establecer las medidas que estén indicadas.

Pero vayamos por pasos. La percepción del riesgo que comporta la enfermedad en España ha tomado una dimensión absolutamente exagerada. En parte, la semilla del problema se sembró con la repercusión en los medios de comunicación de los primeros casos repatriados y la exposición de la población a imágenes de bioseguridad posiblemente desproporcionadas. También los aislamientos de las primeras sospechas, que no se confirmaron, fueron objeto de amplias declaraciones políticas amplificadas a su vez por los medios de comunicación. A partir de aquí, la transmisión de la enfermedad a una sanitaria en el Hospital La Paz-Carlos III, junto con la gestión de la comunicación inicial en los medios, encontró el ambiente propicio para que se extendiera entre la población una percepción del riesgo que no se corresponde con el problema real de la enfermedad en nuestro entorno¹⁷.

Por último, el pánico social que ha provocado esta crisis, en particular en el sector sanitario, puede tener efectos negativos en la salud de la población africana residente en España. Las numerosas

sospechas de enfermedad de Ébola en este colectivo, la mayoría infundadas, pueden dar lugar a retrasos en su atención sanitaria y limitada, con consecuencias graves para su salud, que deben evitarse mediante la información y la formación de los trabajadores sanitarios.

Oportunidades y retos que ofrece la crisis por el virus Ébola

Lo ocurrido es una oportunidad para demandar el impulso de forma definitiva de la red de vigilancia de salud pública prevista en la ley General de Salud Pública²⁰, que asegure una respuesta profesional, ágil y coordinada en un estado autonómico descentralizado. Sin embargo, hasta el momento no se ha realizado ningún paso en este sentido. Al respecto, una encuesta reciente del Grupo de Vigilancia de la Sociedad Española de Epidemiología señalaba que menos del 50% de las comunidades autónomas tienen servicios de alerta de 24 horas los 7 días de la semana. Además, la gestión de esta crisis ha puesto de manifiesto debilidades en la estructura organizativa para responder a una emergencia de salud pública en España.

Otro aspecto que esta crisis ha señalado es la relevancia de la salud pública en la comunicación del riesgo²¹. Debería encontrarse el equilibrio entre tener informado y tener alarmado al sistema sanitario y a la población. La crisis ocurrida en España por el contagio de una profesional sanitaria por virus Ébola ha puesto también de manifiesto la necesidad de mantener la independencia de los profesionales de la salud pública, y su papel fundamental en la gestión de la crisis, para generar confianza y evitar alarmas injustificadas entre la población.

Aunque el riesgo para la salud en nuestro país siga siendo bajo, la posibilidad de importar casos de Ébola seguirá creciendo en los próximos meses si no se actúa de manera eficaz en África occidental, que es donde realmente existe el problema. Los países occidentales, incluida España, deberían destinar parte de los precipitados e ingentes dispendios que están destinando localmente a esta enfermedad para el control de los brotes en África. Dicha intervención debería contribuir, mediante un programa de acción con objetivos y recursos bien establecidos, a fortalecer el sistema sanitario de estos países, no solo para el control del Ébola sino también para el conjunto de problemas de salud, y sobre todo para reducir una causa común a todos ellos: la pobreza.

Contribuciones de autoría

Todos los autores participaron en la concepción y en el diseño del artículo. A partir de un borrador preliminar redactado por P. Godoy, todos los autores hicieron contribuciones relevantes al manuscrito. Los sucesivos borradores fueron revisados y aprobados por todos los autores, así como la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Farrar JJ, Piot P. The Ebola emergency – immediate action, ongoing strategy. *N Engl J Med.* 2014;371:1545–6.
2. Gostin LO, Lucey D, Phelan A. The Ebola epidemic: a global health emergency. *JAMA.* 2014;312:1095–6.
3. 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;371:1481–95.
4. Check Hayden E. The Ebola questions. *Nature.* 2014;514:554–7.

5. Heymann DL. Ebola: learn from the past. *Nature*. 2014;514:299–300.
6. Schieffelin JS, Shaffer JG, Goba A, et al. Clinical illness and outcomes in patients with Ebola in Sierra Leone. *N Engl J Med*. 2014;371:2092–100.
7. Forrester JD, Hunter JC, Pillai SK, et al. Cluster of Ebola cases among Liberian and U.S. health care workers in an Ebola treatment unit and adjacent hospital – Liberia, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63:925–9.
8. Forrester JD, Pillai SK, Beer KD, et al. Assessment of Ebola virus disease, health care infrastructure, and preparedness – four counties, Southeastern Liberia, august 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63:891–3.
9. Pillai SK, Nyenswah T, Rouse E, et al. Developing an incident management system to support Ebola response – Liberia, July–August 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63:930–3.
10. Fasina F, Shittu A, Lazarus D, et al. Transmission dynamics and control of Ebola virus disease outbreak in Nigeria, July to September 2014. *Euro Surveill*. 2014;19.
11. Baden LR, Kanapathipillai R, Campion EW, et al. Ebola – an ongoing crisis. *N Engl J Med*. 2014;371:1458–9.
12. Gostin LO. Ebola: towards an International Health Systems Fund. *Lancet*. 2014;384:e49–51.
13. Mullan Z. Ebola: the missing link. *Lancet Glob Health*. 2014;2:e550.
14. Fried LP, Bentley ME, Buekens P, et al. Global health is public health. *Lancet*. 2010;375:535–7.
15. Caylà JA. Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública. *Gac Sanit*. 2009;23:362–4.
16. Poletto C, Gomes M, Pastore Y, et al. Assessing the impact of travel restrictions on international spread of the 2014 West African Ebola epidemic. *Euro Surveill*. 2014;19(42.).
17. Sprenger M, Coulombier D. Preparedness is crucial for safe care of Ebola patients and to prevent onward transmission in Europe – outbreak control measures are needed at its roots in West Africa. *Euro Surveill*. 2014;19.
18. Rid A, Emanuel EJ. Why should high-income countries help combat Ebola? *JAMA*. 2014;312:1297–8.
19. Butler D, Morello L. Ebola by the numbers: the size, spread and cost of an outbreak. *Nature*. 2014;514:284–5.
20. Ley General de Salud Pública. L. N° 33/2011 (4 de Octubre de 2011).
21. Ratzan SC, Moritsugu KP. Ebola crisis – communication chaos we can avoid. *J Health Commun*. 2014;19:1213–5.