

La epidemia de Ébola ¿Una crisis resuelta?

The Ebola virus epidemic, a solved threat?

Antonio Fe Marqués

Coronel Médico. Especialista en Medicina Interna. Jefe de la Unidad de Alertas NRBQ-Infecciosas. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

El primer brote conocido de Enfermedad por Virus Ébola (EVE) tuvo lugar en 1976 en Yambuku, Zaire, actual República Democrática del Congo, con 318 casos y una mortalidad del 88%¹. Desde entonces hasta comienzos del año 2014, se tiene constancia de hasta 21 brotes en África, con mortalidad elevada pero variable dependiendo de la cepa, siempre en el África Oriental, autolimitados a zonas rurales y afectando a unos cientos de personas en el peor

de los casos. Además hubo contagios aislados, con baja mortalidad, en países occidentales (Reino Unido, Estados Unidos de América, Rusia) y en Filipinas, asociados a la importación de monos infectados y a trabajos de laboratorio¹. El Ébola no era un problema para Occidente.

Sin embargo, el 22 de marzo de 2014, Guinea Conakry notifica a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote en su capital. Por primera vez en la historia, el virus ataca en el África occidental, en una población urbana importante, y con aeropuerto internacional. Y por primera vez en la historia, Occidente se pregunta si el Ébola puede ser una amenaza²... Las alarmas comienzan a dispararse y el mundo occidental empieza a prepararse frente a la "nueva" enfermedad...

Hasta que el 8 de agosto de 2014, con la enfermedad extendida y sin control (485 enfermos en Guinea Conakry con 358 fallecidos, 646 en Sierra Leona con 273 fallecidos, 468 en Liberia con 255 fallecidos y 4 en Nigeria con 1 fallecido), la OMS realiza una declaración de suma trascendencia³:

"Después de debatir y deliberar sobre la información aportada, el Comité consideró:

Que el brote de EVE en África Occidental constituye un 'evento extraordinario' y supone un riesgo de salud pública para otros estados.



Que las posibles consecuencias de una mayor propagación internacional son particularmente graves dada la virulencia del virus, su intensa transmisión tanto en la comunidad como en los centros sanitarios, y la debilidad de los sistemas de salud en los países afectados y en los que corren mayor riesgo de verse afectados.

Que es esencial una respuesta internacional coordinada para detener y revertir la propagación internacional del virus.

Por unanimidad, el Comité consideró que se han cumplido las condiciones para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional.

El actual brote de EVE empezó en Guinea en Diciembre de 2013, y en la actualidad hay transmisión en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona. A fecha de 4 de agosto de 2014, los cuatro países habían notificado 1711 casos (1070 confirmados, 436 probables y 205 posibles), 932 de ellos mortales. Se trata del mayor brote de EVE registrado hasta ahora. Para responder a él, varios países no afectados han emitido una serie de consejos o recomendaciones en relación con los viajes".

Sin embargo, no se adoptan medidas restrictivas en relación con los viajes personales, la importación o exportación, las aduanas, y un largo etcétera. No es objeto de este editorial debatir esta cuestión, sólo señalar que no se hizo.

En lo que concierne a nuestro país, a España, con fecha 6 de agosto, se había ordenado desde Presidencia del Go-

bierno a la Unidad Médica de Aeroevacuación del Ejército del Aire, la repatriación de dos pacientes, un enfermo grave y un caso sospechoso. En un plazo de tres horas, el dispositivo estaba dispuesto para despegar, porque nuestras Fuerzas Armadas se habían preparado para un posible evento de estas características desde el mes de abril, dado que el contingente español desplegado en el extranjero incluía Mali, país limítrofe con Guinea Conakry. La repatriación se realizó satisfactoriamente, si bien el paciente enfermo, a pesar de la extraordinaria labor de los facultativos del Hospital La Paz-Carlos III falleció a los pocos días. El caso sospechoso, no fue tal. Posteriormente, con fecha 21 de septiembre, se realizó una segunda aeroevacuación, igualmente atendida en el Hospital La Paz-Carlos III. Y lamentablemente, el día 6 de octubre, se informa del primer caso de EVE autóctono en un país occidental, en el contexto de la actual epidemia, en una trabajadora del Hospital que ha atendido a los pacientes evacuados⁴. Evidentemente, la alarma social fue mayúscula, porque “teníamos el Ébola en España”. Todos los medios de comunicación se hicieron eco de la noticia sobradamente. Afortunadamente, la paciente fue dada de alta tras una penosa enfermedad, y en fecha 2 de diciembre de 2014 la OMS declaró a España libre de Ébola⁵...

Sin embargo, a fecha 27 de febrero de 2015⁵, la enfermedad persiste en Guinea Conakry, Liberia y Sierra Leona, con un número total de casos acumulados en los tres países con transmisión intensa, que asciende a 23.694 casos y 9.380 fallecidos. La tasa de letalidad entre los pacientes hospitalizados, considerando aquellos para los que hay registro de su desenlace, se encuentra entre el 53% y el 64%. ¿Podemos así afirmar que la crisis ha terminado?

Por otra parte, antes de que todo se resolviera “satisfactoriamente” en nuestro País, y el entrecomillado es obligado, el Gobierno había adoptado otras medidas. Había creado un “Comité de Crisis” específico para el Ébola. Y había decidido dotar al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” de una Unidad Hospitalaria de Aislamiento de Alto Nivel. Alguno se preguntará que porqué el Hospital Gómez Ulla. La respuesta la tiene el Gobierno, pero parece razonable pensar que el único Hospital General que no está transferido, es decir que pertenece a la Administración Central, es precisamente ese Hospital. El caso es que con fecha 8 de noviembre, se publica el Real Decreto-ley 14/2014 por el que se conceden créditos extraordinarios para “llevar a cabo la remodelación de la planta 22 del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” como unidad de aislamiento hospitalario de alto nivel”.

Este concepto, “Unidad de Aislamiento Hospitalario de Alto Nivel”, puede sonar a “una Unidad excelente”. Pero no es tal.

Hablemos de EUNID. El Proyecto EUNID (European Network of Infectious Diseases) nace en 2004 y lo constituyen 16 países europeos, entre ellos España. Está finan-

ciado por la Unión Europea y sus objetivos son identificar las instalaciones actuales para el manejo clínico de los pacientes con infecciones altamente contagiosas (HID, High Infectious Diseases) y definir las especificaciones para una unidad de aislamiento de alto nivel para estas enfermedades infecciosas en Europa.

Conforme al Grupo de trabajo EUNID⁶, una Unidad de Aislamiento Hospitalario de Alto Nivel (HLIU, High Level Isolation Unit) es *una instalación flexible, diseñada específicamente para optimizar los procedimientos de contención y control de la infección, para uno o un pequeño número de pacientes con sospecha de enfermedades altamente infecciosas probables o conocidas, proporcionando un alto nivel de atención al paciente y apropiado para su condición.*

EUNID define una enfermedad altamente infecciosa como:

- Una infección que es transmisible de persona a persona.
- Que es peligrosa para la vida.
- Que presenta un peligro grave en la atención de la salud, el entorno y la comunidad.
- Que requiere medidas de control específicas.

La lista de Enfermedades que EUNID considera altamente contagiosas incluye:

Fiebres hemorrágicas virales y las infecciones por poxvirus, que se clasifican en el nivel de riesgo 4 y por lo tanto requieren precauciones especiales de aislamiento y de laboratorio.

Otras Infecciones consideradas específicamente:

- Gripe aviar con transmisión interpersonal.
- SARS u otra infección respiratoria emergente y altamente contagiosa
- Influenza pandémica.
- Tuberculosis extremadamente resistente o multirresistente con alto nivel de resistencia.
- Los casos de un patógeno emergente desconocido o sospecha de agentes bioterroristas.

Pero hay muchos otros requisitos de las Unidades de Aislamiento de Alto Nivel:

La Unidad debe estar ubicada junto a un hospital de tercer nivel.

Podría ser un pabellón independiente o, con la ingeniería adecuada y protocolos operacionales, situado dentro de un edificio de varios pisos.

Debe tener capacidades de cuidados críticos: deben ser incluidos en el diseño y las políticas operacionales. Tiene que haber expertos disponibles para el asesoramiento y el apoyo pediátrico.

Debe haber acceso al asesoramiento y el apoyo de otras especialidades.

Una HLIU puede usarse día a día para pacientes no HID, ya que esto aseguraría que la HLIU no se deteriorase entre los períodos de utilización específica. La instalación de HLIU debe estar lista para recibir a un paciente HID en un plazo de tres o cuatro horas (un retraso de más de 6 horas es inaceptable). Se debe garantizar el tiempo para la formación de personal especializado en los protocolos especiales de la HLID.

Debe incluir sistemas de seguridad para las visitas, control de accesos, sistemas de vigilancia con cámaras, apertura y cierre de puertas automatizado, presión negativa con filtros HEPA y apoyo de un Laboratorio de nivel BSL2 al menos.

Las habitaciones deben disponer de esclusas con un tamaño adecuado para permitir la adecuada puesta y retirada de los Equipos de Protección Personal, en torno a los 6-9 m² al menos, y el tamaño de la habitación no puede ser inferior a los 20 m² aproximadamente, para permitir el adecuado movimiento del personal y la introducción del Equipamiento necesario. Deben disponer de sistemas de comunicación bidireccional "manos libres", los suelos, paredes y techos deben ser lavables y estar sellados y un largo etcétera de requerimientos específicos (**Figura 1**).

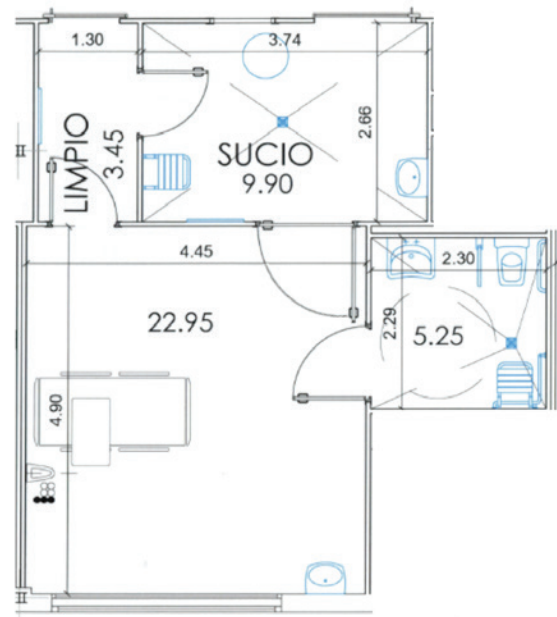


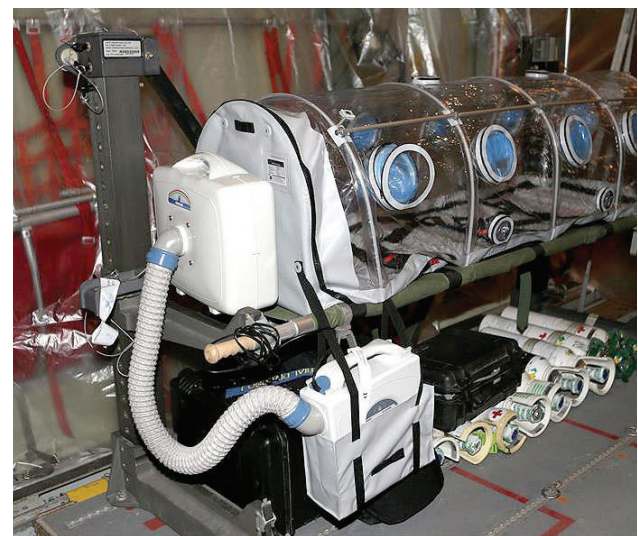
Figura 1: Habitación estándar de una HLIU.

riesgo incrementaría si aparecieran más formas neumónicas de la enfermedad.

En el momento actual, el Hospital "Gómez Ulla" se encuentra en fase de creación de la Unidad, el Consejo Interterritorial de Salud ha designado a siete Centros Sanitarios de otras tantas Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Madrid, País Vasco y Valencia) para que dispongan de pequeñas unidades que les permita hacer frente a un posible caso de Ébola, España está libre de la enfermedad desde hace meses y los medios de comunicación ya no hablan de la enfermedad. Así pues podemos volver a preguntarnos, ¿la crisis ha terminado? La respuesta sería otra pregunta... ¿Qué crisis? O mejor dicho, ¿a cuál de ellas nos referimos?

Si prestáramos más atención al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad que a los medios de comunicación, veríamos que hay varias Alertas Internacionales⁵, que no dejan de "estar ahí" porque no se hable de ellas...

En Madagascar se notificó un caso de peste bubónica el 31 de agosto de 2014. Hasta el día de hoy, se han contabilizado 263 enfermos con 71 fallecidos. Sólo un pequeño porcentaje de todos los casos se han presentado en su forma neumónica. Según información de la OMS, la situación podría empeorar debido a los débiles sistemas sanitarios del país y la alta densidad de población en la capital. Se trata de un evento grave para la salud pública ya que esta enfermedad, especialmente su forma neumónica, es una enfermedad contagiosa con alta mortalidad. El riesgo de extensión internacional de esta enfermedad es bajo, ya que la mayoría de los casos se han presentado en su forma bubónica. Sin embargo, se han notificado casos en la capital y el



También es fácil recordar la Gripe Aviar A(H5N1) de 2005. Sigue "viva", aunque con baja intensidad. En el pacífico occidental, en los últimos 10 años, se han producido más de 200 casos con una mortalidad superior al 50%.

Pero hay otra cepa gripal de la que ni se ha hablado en los medios. La Gripe Aviar A(H7N9) aparece en China en abril de 2013. Desde entonces se han notificado 566 casos con 204 fallecidos.

Y acercándonos a la fecha actual, el 5 de mayo de 2014 la Directora General de la OMS ha declarado que la extensión internacional de la transmisión del poliovirus salvaje (PVS) en 2014 es un Evento de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), basándose en la evaluación realizada por el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional y en el contexto de la Iniciativa global para la erradicación de la poliomielitis. El Comité concluye que es necesaria una coordinación internacional para frenar esta transmisión.

Por último, incidir en que, aunque con baja letalidad, la extensión fuera de África del Virus Chikungunya es ya imparable. Desde finales de 2013, se han contabilizado 1.244.622 casos en América, con 183 fallecidos. En España se han notificado 243 casos, en principio todos ellos importados, pero no olvidemos que tenemos a uno de los vectores, el mosquito *Aedes albopictus*, especialmente en la zona de levante, por lo que el riesgo de un brote epidémico es una realidad a considerar.

Recientemente, en la prensa se recogían de esta manera unas declaraciones de la Vicepresidenta del Gobierno en relación a los créditos asignados para el Equipamiento de las nuevas instalaciones del Hospital "Gómez Ulla": *Así lo ha anunciado en la rueda de prensa posterior al Consejo la Vicepresidenta del Gobierno, Soraya Sáez de Santamaría, quien ha asegurado que el objetivo de esta subvención es "reforzar, perfeccionar y modernizar" la planta para dotar a la defensa nacional y al Sistema Nacional de Salud (SNS) de medios "muy sanitarios". "No es una instalación que tenga su razón de ser exclusivamente por la crisis del Ébola, pero puede ser de gran utilidad para afrontar cualquier aspecto que pueda producirse en dicha enfermedad", ha comentado Sáez de Santamaría. Dicho esto, la Vicepresidenta ha asegurado que "lo más importante" del acuerdo adoptado por el Gobierno es que forma parte de la obligación que tienen las Fuerzas Armadas de estar preparadas ante "cualquier eventualidad", entre las que caben las enfermedades infecciosas. "Realizan misiones en países del mundo donde se dan varios tipos de enfermedades infecciosas y ahora se están dando los pasos necesarios para proteger y equipar a nuestras Fuerzas Armadas adecuadamente, con el fin de responder a estos riesgos y mejorar las capacidades existentes".*

Efectivamente, la crisis del Ébola puede parecer que está controlada en España, y confiemos en que así sea. Pero en cualquier momento podemos enfrentarnos a otra crisis similar y debemos estar en condiciones de afrontarla con las mayores garantías posibles.

Bibliografía

- Centers for Diseases Control. Cronología de brotes: enfermedad del virus del Ébola. Disponible en <http://espanol.cdc.gov/enes/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html> (Visitado el 5 de marzo de 2015)
- Feldmann H. Ebola — A Growing Threat? N Engl J Med June, 1, 2014. DOI: 10.1056/NEJMp1405314
- Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 en África Occidental de 8 de agosto de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/es/> (Visitado el 23 de febrero de 2015)
- Parra JM, Salmeron OJ, Velasco M. The First Case of Ebola Virus Disease Acquired outside Africa. N Engl J Med 2014; 371:2439-2440
- Alertas de Salud Pública del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354187044603&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1161769240369 (Visitado el 2 de marzo de 2015)
- Bannister B, Puro V, Francesco Fusco M, Heptonstall J, Ippolito G, for the EUNID Working Group. Framework for the design and operation of high-level isolation units: consensus of the European Network of Infectious Diseases. Lancet Infect Dis 2009; 9: 45-56