EDITORIAL

EL RIESGO DEL ÉBOLA EN EL MUNDO ES CADA VEZ MÁS EVIDENTE CON LA ÚLTIMA EPIDEMIA PRODUCIDA EN ÁFRICA

Desde la detección del primer brote del Ébola en 1976 en la República Democrática del Congo, en el cual se produjeron 386 enfermos y 280 muertes (80%) (1), las diferentes especies del virus han ido poco a poco siendo dispersadas a otras regiones hasta llegar en 2014 a afectar seis países en África, pero además a detectarse casos importados en España y Estados Unidos (2).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tenido que enfrentar una gran epidemia localizada principalmente en Sierra Leona, en donde el virus ya dejó de ser rural y de producir muertes en zonas aisladas para localizarse en zonas urbanas, en las que hasta el 14 de octubre de 2014 ha afectado a más de 9.000 personas, con una tasa de letalidad del 50% (3). Esta alta tasa de letalidad se debe a la especie Zaire del virus, que es el agente más virulento que se ha descrito dentro de las cinco especies del Ébola descritas hasta el momento.

Esta epidemia es, por lo tanto, la más preocupante y seria desde las epidemias de gripa producidas a principios del siglo pasado y es preocupante porque, a diferencia de aquellas épocas en las cuales los medios de transporte eran insipientes, hoy en día es posible llegar de un extremo a otro del planeta en avión en un tiempo máximo de 24 horas, con un alto riesgo de que se produzca la transmisión de un individuo a otro debido al tiempo de exposición, al número de personas que viajan en dicho avión y a que es un ambiente cerrado que facilita la transmisión del microorganismo a través del aire. Este al parecer no es el caso para el virus del Ébola, pero sí quedan las alternativas del contacto directo o indirecto con la persona infectada o con sus secreciones.

El Ébola es una enfermedad asociada con la pobreza y la ignorancia; el alto número de infectados detectados desde principios de 2014 en Guinea, Liberia y Sierra Leona ha demostrado la facilidad como este virus puede transmitirse; las secreciones como la saliva, las heces, el sudor y la orina son los vehículos en los que se encuentra el virus (4). Por lo tanto, el contacto directo es el mecanismo más efectivo de entrada el cual asociado con las bajas condiciones de higiene, el hacinamiento, las costumbres asociadas con los ritos funerarios, el no uso de medidas de protección adecuadas, así como también la reutilización de materiales hospitalarios como jeringas han sido los principales factores que han hecho que esta epidemia aparezca en ciudades capitales de estos países como Conakry (Guinea), Freetown (Sierra Leona) y Monrovia (Liberia) y afecte de manera significativa al mismo personal de salud generando un alto porcentaje de muertes en los mismos. Este riesgo de transmisión no solo puede estar asociado con personas recientemente infectadas, sino también con aquellas convalecientes que logran sobrevivir a la enfermedad, en las que se han detectado partículas virales en el sudor hasta 40 días después de haberse infectado (5).

Gracias a la intervención de la OMS, a la donación de recursos por parte de muchos países, a la presencia de personas de todo el mundo que de manera altruista estuvieron a disposición de las autoridades de la OMS para controlar la epidemia, hoy este brote ha ido disminuyendo poco a poco en el número de casos nuevos.

Este alto número de casos de la enfermedad es preocupante no solo por la alta tasa de mortalidad que genera, sino también porque ya ha pasado de zonas rurales a urbanas, y desde allí no basta sino un paso para que el virus se disperse a todo el mundo. Esta probabilidad es alta si se tiene en cuenta que estos países por la falta de estabilidad, por la pobreza y las mismas guerras internas que viven, no son sitios muy atractivos para vivir y, por lo tanto, sus habitantes quisieran migrar a otras partes del mundo con el consecuente riesgo de transmitir la enfermedad. La evidencia de ello, la vivimos con los casos que se produjeron en Estados Unidos y España, donde afortunadamente los afectados eran personas que habían estado trabajando con

enfermos del Ébola en África y, por lo tanto, se pudieron implementar medidas de aislamiento tanto a ellos como a sus contactos para evitar que el virus se dispersara en la comunidad.

Las medidas para evitar esta dispersión pueden no ser efectivas; ya se ha visto cómo otras enfermedades como el Dengue o el mismo Chicuncunya, hoy están presentes en zonas tropicales a pesar de que tuvieron su origen también en África. Es posible que casos de Ébola fuera de África no se presenten dentro de poco, ya que la OMS en colaboración con los gobiernos de los países afectados están aplicando medidas de control, pero luego, cuando los recursos se acaben, cuando la tranquilidad vuelva, cuando se presente un caso índice en zonas altamente pobladas, es posible que empiecen a aparecer brotes en otras regiones del mundo, ya que el caldo de cultivo para ello está presente incluso en países desarrollados donde también existe la pobreza, la ignorancia y el hacinamiento, asociado principalmente a inmigrantes de otros países.

Por lo tanto, el llamado para los gobiernos es el de implementar medidas rigurosas en sitios de entrada al país para detectar posibles casos de la enfermedad, ya que se ha visto que el aislamiento del enfermo e incluso la aplicación de medidas clínicas y terapéuticas a tiempo pueden disminuir la mortalidad y disminuir también la tasa de dispersión del virus. El problema, como siempre, serán los países con bajos recursos que primero no tienen lo suficiente para invertir en medidas de prevención ni en hospitales o centros de salud de primer nivel en zonas apartadas y, segundo, tienen fronteras permeables que permiten el ingreso de diferentes personas debido a la ausencia de controles migratorios. Nuestro país lo ha vivido, se han detectado casos de entrada ilegal de personas originarias de África que buscan llegar a Estados Unidos o a Europa. Por lo tanto, podemos estar en presencia de un peligro evidente, más si se tiene en cuenta la relativa cercanía geográfica que existe entre África Occidental y Sur América; entre estos dos continentes hay una gran extensión de mar que hoy en día puede ser atravesada en barco, como seguramente ha ocurrido ya.

JORGE ENRIQUE PÉREZ CÁRDENAS
Profesor Titular
Departamento de Ciencias Básicas
Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas

BIBLIOGRAFÍA

1. Breman JG, Johnson KM. Ebola Then and Now. *N Engl J Med* 2014; 371:1663-1666.
2. Schieffelin JS, Shaffer JG, Goba A, Gbakie M, Gire SK, Colubri A, et al. Clinical Illness and Outcomes in Patients with Ebola in Sierra Leone. *N Engl J Med* 2014; 371:2092-2100.
3. World Health Organization. WHO Virtual Press Conference on Ebola response, 14 October 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/multimedia/vpc-14-october-2014.pdf>
4. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention. Case definition recommendations for Ebola or Marburg virus diseases. En: Kasolo F, Roungou JB, Perry H, editores. Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the African region. 2nd ed. África: WHO; 2010. p. 268-274 Disponible en: http://www.cdc.gov/globalhealth/dphswd/idsr/pdf/Technical%20Guidelines/IDSR%20Technical%20Guidelines%202nd%20Edition_2010_English.pdf
5. Kreuels B, Wichmann D, Emmerich P, Schmidt-Chanasit J, De Heer G, Kluge S, et al. A Case of Severe Ebola Virus Infection Complicated by Gram-Negative Septicemia. *N Engl J Med* 2014; 371:2394-2401.