



## EDITORIAL semFYC

# La infección por el virus Ébola. Podemos hacerlo mejor

## Ebola virus infection. We can do better



La presencia de enfermedades emergentes a nivel mundial es una constante desde hace unos años: SARS Co-V en 2003, gripe aviar H5N1 en 2005, gripe A H1N1 en 2009, MERS Co-V en 2012, dengue, chikungunya y virus del Ébola (VE).

El VE es responsable en el ser humano de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE). Pertenece a la familia *Filoviridae* y al género *Filovirus*, junto con el Marburg virus y el Cueva virus. Son virus ARN responsables de las fiebres hemorrágicas en primates, incluidos los humanos.

El ser humano es contagiado por animales salvajes (vivos o muertos) y el virus se propaga por transmisión de persona a persona. La infección se transmite por la exposición directa de mucosas o soluciones de continuidad de la piel de las personas sanas a los fluidos corporales, objetos y utensilios contaminados con secreciones de los infectados o sus cadáveres.

El área de distribución del VE coincide con el hábitat de los murciélagos de la familia *Pteropodidae* (frugívoros), que podrían ser los reservorios naturales del virus.

Las especies Zaire, Bundibugyo y Sudán se han asociado a grandes brotes de EVE en África. Desde 1976 se han producido hasta 23 brotes, la mayoría por el virus Zaire, responsable del brote actual, en la República Democrática del Congo, Gabón, Uganda o Sudán. Las tasas de letalidad han oscilado entre el 40 y el 90%<sup>1</sup>, aunque nunca se superaron los 500 afectados o 300 fallecidos.

Desde diciembre de 2013, en una nueva epidemia con epicentro en África Occidental, la OMS informó de 21.427 casos confirmados, probables o sospechosos de EVE en 5 países afectados (Guinea, Liberia, Sierra Leona, Malí y Estados Unidos) y 4 países actualmente libres de enfermedad (Nigeria, Mali, Senegal y España), con 8.459 muertes reportadas<sup>2</sup>. Uno de los colectivos especialmente afectados son los profesionales sanitarios que tratan a pacientes con EVE, que suponen entre el 3,5 y el 4% de los infectados y el 6% de los fallecidos<sup>3</sup>.

Una enfermedad habitualmente localizada y en zonas de difícil acceso se ha convertido en un importante problema de salud global<sup>3</sup>. La mayor densidad de población en núcleos urbanos y la mejor movilidad han favorecido la rápida expansión de esta epidemia, pero también la lenta respuesta de

la comunidad internacional frente a las peticiones de ayuda por parte de organizaciones involucradas desde el inicio en el control de la epidemia<sup>4</sup>.

La OMS declaró la EVE como una emergencia mundial de salud pública. El VE es considerado a nivel de bioseguridad como una agente del grupo de riesgo 4, al producir una enfermedad grave en el hombre, con elevada probabilidad de propagación a la comunidad, sin que en la actualidad existan vacunas o tratamientos antivirales.

Los cooperantes de las ONG en contacto con enfermos constituyen un colectivo en riesgo. El regreso a sus países, junto con un período de incubación prolongado (21 días), aumenta el riesgo de presencia de la infección fuera de África. Dos aspectos que probablemente han movilizado a la comunidad internacional, que un año después dotaba de recursos sociosanitarios a los países afectados<sup>5</sup>.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) elaboró un protocolo de actuación ante los posibles casos importados de EVE en abril de 2014, a partir de documentos anteriores<sup>6</sup>. Su última actualización se publicó en diciembre de 2014<sup>7</sup>. El documento normaliza la atención a los casos sospechosos de EVE en centros sanitarios y el manejo de los contactos. Teniendo en cuenta que la atención primaria constituye el eje en la detección de casos sospechosos y en la identificación de los contactos de riesgo, echamos en falta que el MSSSI no haya invitado a las sociedades de Medicina de Familia para elaborar ni para revisar dicho protocolo.

En el actual protocolo se define caso en investigación como aquel paciente que presenta criterios clínicos (fiebre  $\geq 37,7^\circ\text{C}$  y síntomas clínicos) y epidemiológicos (antecedentes de estancia en una de las áreas geográficas de riesgo y/o contacto con un caso en investigación o confirmado)<sup>6</sup>, hecho que podríamos calificar de novedoso, ya que el ECDC establece como punto de corte de fiebre una temperatura corporal  $> 38,6^\circ\text{C}$  y la OMS solo indica la presencia de fiebre alta o aumento brusco de temperatura.

En cuanto al estudio y manejo de contactos, son considerados contactos de alto riesgo los contactos directos de pacientes con EVE, incluyendo a los sanitarios que no usaron adecuadamente o que notificaron incidencias con los

equipos de protección individual (EPI). Teniendo en cuenta el antecedente en España del contagio de una profesional sanitaria que había tenido contacto con enfermos de EVE y que no había reportado incidencias con el EPI, hace que nos planteemos si no hubiera sido más adecuado recomendar que todos los sanitarios expuestos a enfermos de EVE fuesen considerados contactos de alto riesgo.

En el transcurso de estos meses de epidemia, conscientes del papel que debe tener la medicina de familia en la detección de los posibles casos de EVE y por nuestro compromiso con la población a la que atendemos, desde semFYC se han realizado actividades de:

- Información a nivel ciudadano (documentación, entrevistas, charlas)<sup>8</sup>.
- Formación a nuestros profesionales (sesiones formativas) y recomendaciones de correcta actuación<sup>9</sup>.
- Participación activa de algunos de nuestros socios sobre el terrero en misiones de ONG.
- Aceptar la invitación a colaborar con el Comité científico para el Ébola del MSSSI.

En nuestra experiencia con la presente epidemia y la gestión del caso de EVE originado en España, se plantea como prioritario:

- Mejorar la coordinación sanitaria, quizá con un comité permanente, quizá con nuevas formas de intervención: equipos e instalaciones específicas que permitan una mayor rapidez de intervención.
- Los protocolos deben ser herramientas de ayuda en el manejo de estas situaciones y nunca deben sustituir las decisiones clínicas de profesionales expertos, por lo que su aplicación debe permitir valorar las situaciones concretas que cada caso pueda plantear.
- Elaborar procedimientos de actuación que, contemplando los protocolos ya existentes, se adapten a cada eventualidad que surja en torno a la EVE y que tenga en cuenta nuestras condiciones sanitarias favoreciendo la participación de todos los actores del sistema sanitario, en todos los niveles asistenciales.
- Las sociedades científicas que desarrollan su actuación profesional en contacto directo con posibles afectados por EVE, como es la Medicina de Familia, deben liderar los diferentes procedimientos de actuación y proponer a todo el sistema nacional de salud su aplicación en todas sus estructuras, independientemente del ámbito regional o autonómico.
- Las autoridades sanitarias deben suministrar información sobre las nuevas situaciones de salud de forma transparente, clara, veraz y con una gran seriedad científica.
- Los profesionales sanitarios debemos aplicar los conocimientos basados en la evidencia, que en este tipo de situaciones pueden ser incompletos, pero siempre huyendo de las interpretaciones pseudocientíficas.

Creemos importante señalar cuáles son las principales responsabilidades de los equipos de atención primaria en esta alerta de salud internacional o en cualquiera de las próximas que veremos: detección precoz, manejo inicial de los posibles casos y seguimiento y manejo de los posibles contactos; nada que no hagamos habitualmente en nuestras consultas con muchas enfermedades infecciosas.

El futuro nos deparará nuevos riesgos y retos, y los profesionales de atención primaria debemos prepararnos ahora para asumirlos con normalidad, con profesionalidad, con conocimiento.

Pero el futuro inmediato pasa por mejorar los sistemas de salud básicos en los países que pueden verse afectados con más probabilidad por las enfermedades emergentes.

La medicina de familia puede y debe ser la herramienta de mejora adecuada para conseguir la salud global.

## Bibliografía

1. www.who.int/OMS. Enfermedad por el virus del Ébola. Nota descriptiva n.º 103 [Publicación online]. Ginebra: OMS; abril 2014. [Actualizado Abr 2014; consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>
2. www.ecdc.europa.eu. Latest on Ebola Outbreak. News and epidemiological updates [Publicación online]. Stockholm: ECDC [Actualizado 17 Ene 2015; consultado 20 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/communicable-disease-threats-report-16-jan-2015.pdf>
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. www.abc.es Médicos Sin Fronteras pide ayuda internacional para afrontar el virus del Ébola [Publicación online] Madrid: ABC [Actualizado Agosto 2014, consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.abc.es/videos-internacional/20140829/medicos-fronteras-pide-ayuda-375655376001.html>
5. WHO/EVD/Roadmap/14. Hoja de ruta para la respuesta al virus del Ébola. [Publicación online]. Stockholm: ECDC [Actualizado 28 Agosto 2014; consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135590/1/WHO\\_EVD\\_Roadmap\\_14.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135590/1/WHO_EVD_Roadmap_14.1_spa.pdf?ua=1)
6. Grupo de Trabajo para la Propuesta de un Programa de Vigilancia y Control de las Fiebres Hemorrágicas en España. Manejo y Control de las Fiebres Hemorrágicas Virales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
7. Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por virus Ébola (EVE). [Publicación online]. Madrid: MSSSI [Actualizado 28 Nov 2014; consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ebola/docs/5.12.2014.Protocolo-Ebola.pdf>
8. www.semfy.com. Enfermedad por virus Ébola. 10 nociones básicas. [Publicación online]. Barcelona: semFYC [Actualizado 21 Oct 2014; consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: [http://www.semfy.com/es/noticias/destacadas/listado/Infografia\\_Ebola/](http://www.semfy.com/es/noticias/destacadas/listado/Infografia_Ebola/)
9. www.semfy.com. Enfermedad por virus Ébola. Recomendaciones para Atención Primaria. [Publicación online]. Barcelona: semFYC [Actualizado 28 Oct 2014; consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: [http://www.semfy.com/es/biblioteca/virtual/detalle/Recomendaciones\\_Ebola\\_AP](http://www.semfy.com/es/biblioteca/virtual/detalle/Recomendaciones_Ebola_AP)

Javier Arranz Izquierdo<sup>a</sup>, M. Isabel Gutiérrez Pérez<sup>b</sup> y José M. Molero García<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Gerència d'Atenció Primària Mallorca, IBSALUT, Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa), Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> C.S. Rondilla I. Valladolid Este, Valladolid, España

<sup>c</sup> Dirección Asistencial Centro, Gerencia de AP, SERMAS, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmolerog@gmail.com](mailto:jmolerog@gmail.com)  
(J.M. Molero García).