

Evaluación del riesgo para España de importación y transmisión de enfermedad por virus Ébola a partir de supervivientes de la epidemia en África Occidental

28 de enero de 2016

Antecedentes

El 22 de marzo de 2014 el Ministerio de Sanidad de Guinea Conakry notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de Enfermedad por Virus Ébola (EVE) que posteriormente se extendió a Liberia y Sierra Leona. El 8 de agosto del 2014 la epidemia en África Occidental fue declarada Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por la OMS. Durante su desarrollo, otros países (Nigeria, Senegal, EEUU, España, Mali, Reino Unido, Italia, Alemania, Francia, Suiza y Noruega) detectaron algún caso importado, tuvieron transmisión localizada y limitada a partir de un caso importado o evacuaron casos confirmados.

La OMS declaró interrumpida la transmisión de EVE en Sierra Leona el 7 de noviembre de 2015 y en Guinea Conakry el 29 de diciembre de 2015. Liberia interrumpió la transmisión por primera vez el 9 de mayo de 2015 y, tras dos reemergencias, el 14 de enero de 2016 la OMS declaró de nuevo a Liberia libre de Ébola, poniendo así fin al brote de EVE en África Occidental y decretando un periodo de 3 meses de vigilancia intensificada.

El 15 de enero de 2016 se ha notificado un caso nuevo confirmado de EVE en Sierra Leona durante esta fase de vigilancia intensiva, que ha dado lugar a un segundo caso de EVE notificado el 20 de enero de 2016 en un contacto de alto riesgo del caso anterior que se encontraba en seguimiento.

Hasta esta fecha se han registrado a nivel mundial 28.638 casos de EVE (15.216 confirmados), incluyendo 11.316 fallecidos. La distribución de casos, muertes y supervivientes, en los tres países en los que ha habido transmisión extendida y extensa se recoge en la tabla 1:

Tabla 1. Número de casos, muertes y supervivientes totales de la epidemia por virus del Ébola en África Occidental, en el último año y en los últimos 6 meses:

	Casos totales	Casos último año	Casos últimos 6 meses*	Muertes totales	Muertes último año	Muertes últimos 6 meses*	Super- vivientes totales	Super- vivientes último año	Super- vivientes últimos 6 meses*
Guinea	3.804	1.074	74	2.536	797	43	1.268	277	31
Liberia	10.675	2.530	9	4.809	1.338	3	5.866	1.222	6
Sierra Leona	14.122	4.489	36	3.955	1.128	22	10.167	3.361	14
Totales	28.601	8.093	119	11.300	3.263	68	17.301	4.860	51

Fuente: WHO Ebola data and statistics, disponible en: <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>

(*)Las fechas utilizadas han sido:

-Último año: desde el 31/12/2014 al 31/12/2015.

-Últimos 6 meses: desde la fecha 30/06/2015 al 31/21/2015.

*En los últimos 6 meses se han realizado los cálculos sobre datos confirmados.

Actualmente, las acciones sanitarias relacionadas con la epidemia en estos tres países se centran en el seguimiento de los supervivientes, tanto a nivel asistencial como de vigilancia (1). Las estrategias asistenciales están principalmente dirigidas la atención sanitaria de las secuelas y el acceso a los servicios de salud, con especial atención a los aspectos socio sanitarios. Se han puesto en marcha, además, programas de seguimiento específicos para hombres y embarazadas (2). La estrategia de vigilancia tiene dos objetivos: la interrupción de la transmisión y la gestión el riesgo residual, ligado a la exposición a fluidos de supervivientes (3).

Evidencias de reemergencias del virus del ébola a partir de supervivientes

La OMS advierte que Guinea, Liberia y Sierra Leona tienen riesgo de aparición de brotes adicionales de Ébola a partir de reactivaciones del virus en supervivientes a la enfermedad. Desde el principio de la epidemia se han identificado 10 de estas situaciones, que son probablemente el resultado de la persistencia del virus en determinados fluidos corporales de supervivientes, incluso meses después de su recuperación. La principal vía de contagio sospechosa en estos rebrotes de la epidemia ha sido la vía sexual.

La persistencia del virus Ébola en determinadas localizaciones en algunos casos recuperados permite tanto la reactivación en el mismo individuo, produciendo recurrencias sintomáticas de la enfermedad, como la transmisión a otras personas, incluso a partir de sujetos asintomáticos, como puede ser la transmisión por contacto sexual (4-6). Se han realizado estudios que demuestran la persistencia del virus en diferentes fluidos: hasta 284 días en el semen (7), 90 días en el humor acuoso (8), 40 días en sudor (9), 33 días en secreciones vaginales (10); 30 días en orina (9), 22 días en heces (10) y 15 días en leche materna (11).

Evaluación del riesgo de aparición de casos a partir de supervivientes en España

El 72% (20.544 casos) de los casos registrados de EVE fueron notificados en el primer año de la epidemia, el 2014. Durante el año 2015 se notificaron 8.093 casos, de los cuales solamente 119 se registraron en los últimos seis meses.

Por otro lado, sólo se han notificado 4 casos importados fuera de África desde el comienzo de la epidemia (tres en 2014 y uno en 2015) y de las 10 reemergencias documentadas de EVE la mayoría también se produjeron a partir de supervivientes diagnosticados en el periodo álgido del brote.

Sin embargo, puesto que existen evidencias de persistencia prolongada del virus en determinados fluidos, antecedentes de reemergencias de la enfermedad a partir de supervivientes y casos importados identificados de forma esporádica en países fuera de la zona epidémica, no se puede descartar completamente el riesgo de aparición de casos a partir de supervivientes o contactos de éstos en otros países distintos de Guinea, Liberia y Sierra Leona. **Este riesgo se considera extremadamente bajo para España.**

El riesgo de aparición de casos a partir de supervivientes en España podría estar asociado a:

1. **Supervivientes que visiten o residan en nuestro país.** El 5 de noviembre de 2014 fue dado de alta el único caso conocido residente en nuestro país y los estudios realizados muestran que está libre del virus. La probabilidad de movilización de supervivientes de las áreas afectadas a nuestro territorio es muy baja, dada su escasa relación directa con España. España no recibe vuelos comerciales directos procedentes de Guinea Conakry, Liberia, Sierra Leona. Aunque casos o supervivientes de EVE pueden llegar a territorio europeo a través de vuelos directos no comerciales o indirectos procedentes de los países afectados o a bordo de buques cargueros, los supervivientes y en particular los 119 que fueron diagnosticados en los últimos 6 meses tienen pocas probabilidades de realizar viajes internacionales y muchos de ellos están bajo un programa de seguimiento en sus países.
2. **Contactos de un superviviente que visiten o residan en nuestro país.** Se entiende como contacto a cualquier persona que haya tenido una exposición de alto riesgo con un superviviente de Ébola en los últimos 21 días. Los profesionales sanitarios y voluntarios que se desplazan a la zona de riesgo para participar en acciones de control del brote tienen un riesgo mayor que la población residente de esos países de estar expuestos al virus y pese a aplicar unas normas estrictas de control de la infección, no se puede excluir completamente un contacto de alto riesgo.

Los viajeros que van a las áreas afectadas por razones personales o laborales tienen un riesgo de contacto con casos probables o confirmados aún más pequeño del reflejado en el párrafo anterior. Dada la escasa relación que mantiene España con los países afectados, la probabilidad de que un contacto de un superviviente llegue a nuestro país es muy baja, si bien no puede excluirse completamente.

Conclusión

El riesgo de importación y transmisión del virus Ébola a partir de personas supervivientes en España se considera **extremadamente bajo**. Sin embargo, no se puede excluir completamente la posibilidad de que aparezcan casos a partir de supervivientes hasta entre 9 meses y un año después de su curación o sus contactos de alto riesgo.

Recomendaciones y medidas de actuación

- Informar de los riesgos residuales de reemergencia de EVE a partir de un superviviente o contacto de éste a los profesionales sanitarios para activar y aplicar de forma inmediata el Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por virus Ébola en caso necesario.
- Optimizar el manejo de los equipos de protección personal (EPP) ante enfermedades infecciosas de alto riesgo mediante entrenamiento periódico de los profesionales sanitarios, asegurando la correcta supervisión y monitorización del proceso.
- Garantizar la correcta comunicación e información sobre la epidemia a los profesionales y a la población.

Bibliografía

1. WHO. WHO Meeting on Survivors of Ebola Virus Disease: Clinical care of survivors. Meeting report, WHO, Freetown, Sierra Leone, 3-4 August 2015.
2. WHO. Ebola virus disease in pregnancy: Screening and management of Ebola cases, contacts and survivors. INTERIM GUIDANCE, 4 September 2015.
3. WHO. Emergency Guidance. Surveillance strategy during Phase 3 of the Ebola response. WHO, 5 November 2015.
4. Mate SE, Kugelman JR, Nyenswah TG, et al. Molecular evidence of sexual transmission of Ebola virus. *N Engl J Med* 2015;373:2448–54.
5. Christie A, Davies-Wayne GJ, Cordier-Lasalle T, et al., Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Possible sexual transmission of Ebola virus - Liberia, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:479–81.
6. MacIntyre CR , Chughtai AA. Recurrence and reinfection—a new paradigm for the management of 4 Ebola virus disease. *Int J Infect Dis.* 2015 Dec 19. pii: S1201-9712(15)00292-1
7. Deen GF, Knust B, Broutet N, et al. Ebola RNA persistence in semen of Ebola virus disease survivors—preliminary report. *N Engl J Med* [epub ahead of print 14 Oct 2015].
8. Jay B. Varkey, M.D., Jessica G. Shantha, M.D., et al. Persistence of Ebola Virus in Ocular Fluid during Convalescence. *N Engl J Med.*
9. Kreuels B, Wichmann D, Emmerich P, et al. A case of severe Ebola virus infection complicated by gram-negative septicemia. *N Engl J Med* 2014;371:2394–401
10. Rodriguez LL, De Roo A, Guimard Y, et al. Persistence and genetic stability of Ebola virus during the outbreak in Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995. *J Infect Dis* 1999;179(Suppl 1): S170–6.
11. Bausch DG, Towner JS, Dowell SF, et al. Assessment of the risk of Ebola virus transmission from bodily fluids and fomites. *J Infect Dis* 2007;196(Suppl 2):S142–7.