

EVALUACIÓN RÁPIDA DE RIESGO

Brote de enfermedad por virus Ébola en la provincia de Equateur, República Democrática del Congo

22 de Mayo de 2018

Resumen de la situación y conclusiones

El 8 de mayo de 2018 la República Democrática del Congo notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la existencia de un brote activo de enfermedad por virus Ébola (EVE) en el área sanitaria de Bikoro, provincia de Equateur. Hasta el 21 de mayo, el Ministerio de Sanidad de la República Democrática del Congo ha notificado 51 casos de EVE en 3 zonas sanitarias de la provincia de Equateur, Bikoro, Iboko y Wangata (perteneciente a la ciudad de Mbandaka): 2 sospechosos, 21 probables y 28 confirmados. De los casos notificados, 27 han fallecido (letalidad 53%) y se está realizando el seguimiento de 628 contactos. Hay tres trabajadores sanitarios entre los casos.

Se trata del noveno brote de EVE en República Democrática del Congo (RDC) desde su detección en 1976. Se han implementado medidas de respuesta rápida de Salud Pública, y la OMS, junto con sus colaboradores de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) así como otras organizaciones está apoyando a las autoridades nacionales en la respuesta.

Los casos confirmados en Mbandaka (capital provincial), un centro urbano ubicado en las principales rutas fluviales, aéreas y terrestres de la zona, aumenta el riesgo de propagación tanto dentro del país como hacia los países vecinos. Sin embargo, dada la rápida respuesta de la OMS y otros socios internacionales, las probabilidades de expansión internacional más allá de los países limítrofes son muy reducidas. El riesgo de que pueda aparecer algún caso en España se considera extremadamente bajo.

La información sobre la extensión del brote es aun limitada y la evaluación del riesgo debe actualizarse a medida que se disponga de más datos. Desde el CCAES se está haciendo un seguimiento de la situación epidemiológica y una evaluación continua del riesgo para los ciudadanos españoles.

Justificación de la evaluación de riesgo

El 8 de mayo de 2018, la República Democrática del Congo notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la existencia de un brote activo de enfermedad por virus Ébola (EVE) en el área sanitaria de Bikoro, provincia de Equateur. La posterior extensión de la transmisión del virus a la ciudad de Mbandaka, capital de la provincia, la cercanía con la frontera de República de Congo y la comunicación fluvial a través del Río Congo han aumentado el riesgo de transmisión local y se ha producido un importante desplazamiento de ayuda internacional a la zona. Debido a ello se ha considerado oportuno realizar una evaluación rápida del riesgo para España.

Equipo CCAES y expertos consultados

Equipo CCAES en orden alfabético: Adrian Hugo Aginagalde Llorente¹, Sonia Fernández Balbuena², Lucía García San Miguel², Paloma González Yuste, Rocío Palmera Suárez², M^a José Sierra Moro, Fernando Simón Soria y Berta Suárez Rodríguez.

¹Médico Interno Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

²Técnico superior de apoyo, contratada por Tragsatec a través de encomienda del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Expertos consultados

Centro Nacional de Epidemiología: Beatriz Fernández Martínez

Centro Nacional de Microbiología: M^a Paz Sánchez-Seco y Anabel Negrodo

Información del evento

Descripción epidemiológica

El 3 de mayo de 2018 las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo (RDC), recibieron la notificación de 21 casos de fiebre hemorrágica, incluyendo 17 muertes, en el área sanitaria de Ikoko-Impenge, en la provincia de Equateur. Se enviaron muestras de 5 casos para su análisis al Institute National de Recherche Biomédicale (INRB) de Kinsasa el 6 de mayo. Dos de estas muestras dieron positivo para virus Ébola, especie Zaire, mediante PCR el 7 de mayo, declarándose oficialmente el brote el día 8 de mayo de 2018¹

El 15 de mayo de 2018 se confirmó el primer caso de Ébola en la región sanitaria de Wangata, ciudad de Mbandaka, capital de la provincia de Equateur. Es una ciudad con más de un millón de habitantes con importantes rutas de transporte con Kinshasa, la capital del país, y con un importante puerto fluvial al río Congo que la comunica con la capital del país (Kinshasa) y las capitales de República de Congo (Brazzaville) y República Centro Africana (Bangui). Hasta entonces, todos los casos confirmados de Ébola habían sido notificados en las regiones de Ikoko y Bikoro, a 150 km de distancia de Mbandaka, también en la provincia de Equateur, mucho menos pobladas y de difícil acceso por carretera².

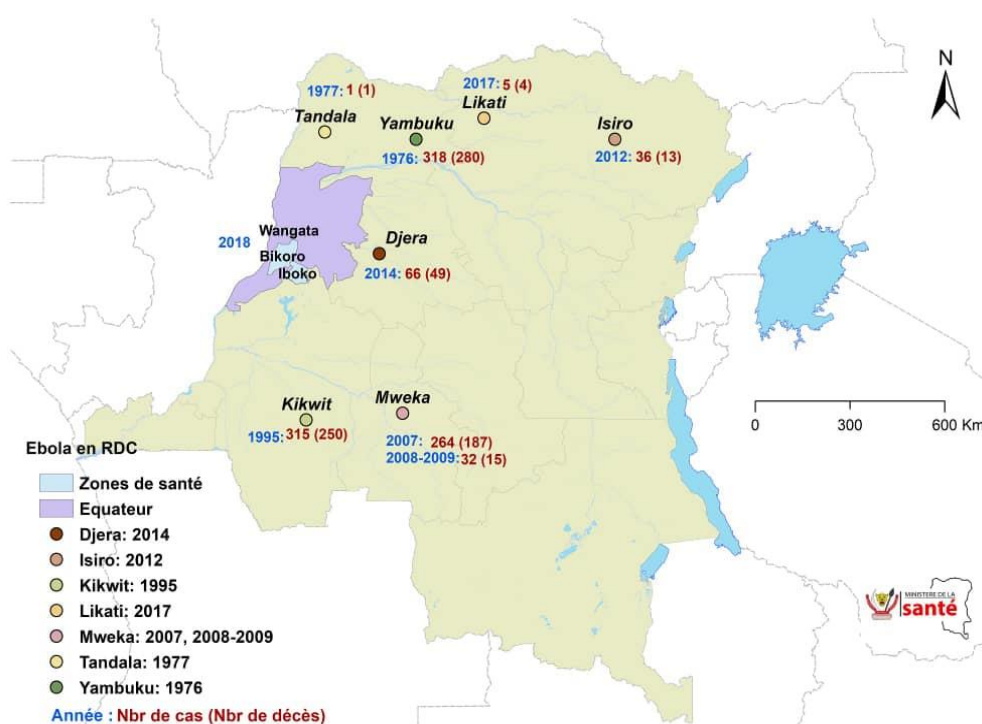
Hasta el 21 de mayo se han registrado 51 casos de EVE (2 sospechosos, 21 probables y 28 confirmados) entre ellos 27 fallecidos (tasa de letalidad: 53%). Del total de casos confirmados, 3 han fallecido. Todos los casos se circunscriben a las zonas sanitarias de Bikoro (29 casos notificados y 10 confirmados), Iboko (16 y 14) y Wangata (6 y 4). Se está realizando seguimiento a 628 contactos. La información demográfica y sobre posibles enlaces entre los diversos casos sospechosos, probables y confirmados es aún limitada.

La respuesta al brote la coordina el Ministerio de Sanidad de República Democrática del Congo, en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud que, a su vez, ha hecho un llamamiento de apoyo técnico a los miembros de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN). Otras organizaciones como Médicos sin Fronteras (MSF) y UNICEF están colaborando con materiales, equipamiento, personal sanitario y expertos en emergencias. Se han establecido dos Centros de Tratamiento de casos de EVE, uno en Bikoro y otro en Mbandaka y se han puesto en marcha varias medidas de respuesta rápida de salud pública, como la búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos, manejo clínico de casos, asesoramiento e implicación de la comunidad y enterramientos seguros y respetuosos.

Se ha autorizado el uso compasivo de la vacuna recombinante experimental rVSV-ZEBOV, con 7500 dosis para proceder a la inmunización del personal sanitario de primera línea y seguir una estrategia de en anillo alrededor de los casos y sus contactos, con fecha de inicio el 21 de mayo de 2018. Se trata de una vacuna experimental, que en los primeros ensayos clínicos realizados al final de la epidemia de EVE de África del Oeste en 2014-15 mostró una alta eficacia³.

Este es el noveno brote por EVE en la RDC desde el descubrimiento de la enfermedad en 1976. El último brote (2017) en el país se produjo en Likati, Provincia de Bas Uélé (8 casos en total con 5 confirmados y 4 fallecidos; tasa de letalidad: 50%). Previamente, en el año 2014, se registró un brote con 66 casos (49 fallecidos y 38 confirmados; letalidad: 74,24%) en Djera, Provincia de Tshuapa, limítrofe con Ecuator. ⁴

Figura 1: Histórico de epidemias de Ébola en la República Democrática del Congo.



Fuente: Ministerio de Sanidad de la República Democrática del Congo. <https://us13.campaign-archive.com/?u=89e5755d2cca4840b1af93176&id=03ca007ebf>

El comité de emergencia de la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se reunió el viernes 18 de mayo de 2018 para evaluar la situación y concluyó que hasta esa fecha, no se cumplen las condiciones necesarias para declarar que este evento constituya una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) ⁵

Información sobre la enfermedad

La enfermedad por virus Ébola (EVE) es una enfermedad aguda grave cuyas manifestaciones clínicas se dividen en tres fases. La primera es inespecífica y se caracteriza por síntomas pseudogripales de inicio brusco como la fiebre, mialgias y malestar general. La segunda, en la que aparecen las manifestaciones gastrointestinales (vómito y diarrea) que pueden dar lugar a deshidratación. Y una fase final, en la segunda semana de evolución, en la que se inicia la recuperación o bien la progresión del cuadro hasta el shock hipovolémico con fallo multiorgánico junto con las complicaciones hemorrágicas.⁶

Existen cinco especies del género *Ebolavirus* (familia *Filoviridae*): Zaire, Sudan, Reston, Tai Forest y Bundibugyo. El manejo y tratamiento de los casos de EVE requiere el uso de medidas especiales de contención y protección de barrera en trabajadores en el ámbito sanitario. El periodo de incubación suele ser de 4 a 10 días, pudiendo tener un rango de 2 a 21 ⁷. Durante el periodo de incubación no se transmite la infección. El inicio de la transmisibilidad está relacionado con la viremia y con la aparición de los primeros síntomas. La letalidad para la infección por virus de Ébola Zaire en las epidemias conocidas en África ha sido de 40% como término medio⁸.

La transmisión del virus entre personas se produce fundamentalmente por contacto con la sangre, secreciones u otros fluidos corporales, tejidos u órganos de personas vivas sintomáticas o fallecidas recientes por la enfermedad. La transmisión vía objetos contaminados por fluidos corporales es posible. No se han registrado casos de transmisión vía aérea⁹. Las ceremonias de enterramiento y manipulación de los cuerpos de los fallecidos tienen un rol relevante en la transmisión en los países donde es endémico¹⁰. También se han documentado la posibilidad de transmisión sexual ¹¹.

Evaluación del riesgo para España

La información sobre el alcance del brote aún es limitada y las investigaciones están en curso. De acuerdo con la información disponible hasta la fecha de esta evaluación de riesgo, el brote de EVE está localizado en una única provincia del país. Sin embargo, la confirmación de un caso en Mbandaka, centro urbano ubicado en los principales ejes de transporte fluvial, y aéreo nacionales y con los países limítrofes, aumenta el riesgo tanto de propagación local como de mayor propagación dentro de la RDC y hacia los países vecinos. En este sentido, el riesgo de extensión a nivel regional se considera alto. Sin embargo, el riesgo de transmisión fuera de la región actualmente afectada se considera bajo.

En la situación actual, los ciudadanos españoles que vivan o viajen a RDC, fuera de las tres zonas afectadas (Bikoro, Ikoko Ipengue y Mbandaka) no tienen riesgo.

En el caso de trabajadores sanitarios que participen en la respuesta al evento, el riesgo de infección es muy bajo, siempre que se sigan las recomendaciones para el control de la infección.

El riesgo de introducción en España a partir de un viajero infectado se considera extremadamente bajo dado que la zona afectada es remota y de difícil acceso.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) está informada de la situación y los protocolos de vigilancia están actualizados. Ante la eventual identificación de un caso de EVE en nuestro país, contamos con una Red de Unidades de Aislamiento de Alto Nivel con capacidad para el tratamiento de estos casos asegurando los máximos niveles de protección tanto para los profesionales sanitarios involucrados en el manejo del paciente como para la población general.

Esta evaluación de riesgo se irá actualizando conforme se vaya teniendo información de la evolución del brote, ajustándose a la situación epidemiológica de cada momento.

Dada la situación epidemiológica actual y con la información disponible, el Director General de la OMS decidió convocar el Comité de Emergencia del RSI(2005) para evaluar la situación el pasado 18 de mayo y tras valorar el informe del comité, concluyó que el brote actual NO reunía las condiciones de una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

Conclusiones

En la situación epidemiológica actual no existe riesgo de exposición de ciudadanos españoles que vivan o viajen a RDC fuera de las tres zonas afectadas (Bikoro, Ikoko Ipengue y Mbandaka). En el caso de trabajadores sanitarios que participen en la respuesta al evento, el riesgo de infección es muy bajo, siempre que se sigan las recomendaciones para el control de la infección. El riesgo de introducción en España a partir de un viajero infectado se considera extremadamente bajo.

Bibliografía

1. World Health Organization. Ebola virus disease- Democratic Republic of Congo [External Situation Report 3] [Internet]. Geneva: WHO; 2018 may. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272607/SITREP-EVD-DRC-20180518.pdf>
2. World Health Organization. Ebola virus disease- Democratic Republic of the Congo. Disease outbreak news, 17 May 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/csr/don/17-may-2018-ebola-drc/en/>
3. Henao-Restrepo AM, Camacho A, Longini IM, Watson CH, Edmunds WJ, Egger M, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!). *The Lancet*. 4 de febrero de 2017;389(10068):505-18.
4. World Health Organization. Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 may. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/ihr/eventinformation/announcement/36457-statement-1st-meeting-ihr-emergency-committee-regarding-ebola-outbreak-2018>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Ebola virus disease outbreak in Equateur Province, Democratic Republic of the Congo-2018. Stockholm: ECDC; 2018 may.
6. Joseph R. Masci, Elizabeth Bass. Ebola | Clinical Patterns, Public Health Concerns [Internet]. 1st Edition. Boca Raton: CRC Press;
7. Eichner M, Dowell SF, Firese N. Incubation period of ebola hemorrhagic virus subtype zaire. *Osong Public Health Res Perspect*. junio de 2011;2(1):3-7.
8. Hartley M-A, Young A, Tran A-M, Okoni-Williams HH, Suma M, Mancuso B, et al. Predicting Ebola Severity: A Clinical Prioritization Score for Ebola Virus Disease. *PLoS Negl Trop Dis*. febrero de 2017;11(2):e0005265.
9. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisor. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
10. Tiffany A, Dalziel BD, Kagume Njenge H, Johnson G, Nugba Ballah R, James D, et al. Estimating the number of secondary Ebola cases resulting from an unsafe burial and risk factors for transmission during the West Africa Ebola epidemic. *PLoS Negl Trop Dis*. 22 de junio de 2017;11(6).
11. Mate SE, Kugelman JR, Nyenswah TG, Ladner JT, Wiley MR, Cordier-Lassalle T, et al. Molecular Evidence of Sexual Transmission of Ebola Virus. *N Engl J Med*. 17 de diciembre de 2015;373(25):2448-54