

EPIDEMIA DE ÉBOLA EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO (MAYO 2019)



El Ministerio de Salud de la [República Democrática del Congo](#) ha dado a conocer que desde el mes de agosto de 2018, no menos de 1.000 personas han muerto debido a infección con el [virus ébola](#). Se trata de la segunda epidemia tras la que [mató a 11.300 personas durante los años 2014-2015](#) en diversos países del oeste de África.





Esta fotografía no es actual. Está datada en Guinea Conakry durante la epidemia de *ébola* que afecto a diversos países del oeste de África.

Al grave problema sanitario se une la violencia imperante en la región (sobre todo en las provincias orientales). El asesinato de algunos trabajadores sanitarios compromete la viabilidad de los programas de ayuda.

Diversos dispensarios han sido incendiados (véase fotografía que acompaña al texto) y los funcionarios sanitarios solo pueden ejercer su trabajo en el entorno relativamente seguro de las ciudades.

Los trabajadores sanitarios deben ganarse la confianza de la gente, muy temerosa por la violencia de los diversos grupos armados que actúan en la región. Para ello, es imperativa la aceptación por los líderes de las comunidades locales, y la consecución de logros tales como la recuperación de personas enfermas.

La inseguridad hace muy difícil controlar el [brote de ébola](#). Desde el mes de enero de este año (2019) se han producido 119 ataques violentos en la región oriental, 42 de ellos dirigidos específicamente a dispensarios, con 85 trabajadores sanitarios heridos o asesinados. Diversos grupos violentos, enfrentados entre ellos, operan en la región. Todos utilizan los [ataques contra los grupos de ayuda como arma de guerra](#).

En este escenario es casi imposible actuar para frenar la infección por el [virus ébola](#). Se trata de una gravísima [fiebre hemorrágica](#) que se propaga con gran facilidad, matando a más del 90% de todos los contagiados. El pródromo de la infección incluye vómitos, diarrea, mialgias y profusas hemorragias. El período de incubación de la infección dura entre 2 y 21 días.

El brote epidémico causado por el [virus ébola](#) está constreñido, de momento, a las áreas fronterizas con [Uganda](#) y [Ruanda](#), en las que la densidad de población es elevada, y los movimientos migratorios son frecuentes. Además, la gente teme acudir a los dispensarios locales para evitar que se les aisle, y con ello estigmatice, dificultando el tratamiento y control de la infección. En este ambiente de miedo y prejuicios, muchas personas creen que la infección ha sido provocada de modo deliberado. Las propias prácticas funerarias, tales como lavar el cadáver como signo de respeto a los difuntos, comprometen la profilaxis y contribuyen a la expansión de la infección.

Hay personas que creen que el [ébola ha sido introducido de manera deliberada](#), y ven a los sanitarios como espías gubernamentales. Por otra parte, la inversión en la infección por *ébola* se detrae de otras enfermedades, como la [malaria](#).

A pesar de las dificultades, más de 109.000 personas han recibido una vacuna experimental contra el *ébola*. Actualmente, se está valorando la introducción de otra vacuna.

La vacuna actualmente administrada se comenzó a ensayar durante la *fase de remisión* de la epidemia de 2014-2015, mostrando una eficacia del 100%. Esta vacuna no ha sido aprobada por ninguna autoridad reguladora. Sin embargo, se ha creado una reserva de emergencia de trescientas mil dosis con que confrontar cualquier brote epidémico.

Desde que se aisló el [virus en el año 1976](#), siendo denominado con el epónimo del río del mismo nombre en la República Democrática del Congo (entonces Zaire) se inició un programa de investigación al objeto de preparar una vacuna. El programa se interrumpió por falta de financiación. No obstante, la contagiosidad de la infección, la [llegada de personas infectadas a Occidente](#), junto a la elevada mortandad (9 de cada 10 infectados), unido a la dramática

escenografía de los estadios terminales de la enfermedad, sangrando profusamente por diversos orificios corporales, aterrorizó a los países desarrollados. No era *solo* una enfermedad de africanos. En este contexto, el brote epidémico de 2014-2015 y la amenaza, probablemente exagerada, de su extensión más allá del bosque tropical africano, proporcionó el impulso político y económico para el [desarrollo de vacunas eficaces](#).

El ensayo clínico de la primera vacuna [se publicó](#) en 2017 en la revista médica británica *The Lancet*.

Sin embargo, el [proyecto de investigación se había interrumpido](#) en el año 2014, hecho que impidió que la vacuna estuviese disponible durante la epidemia que surgió entre la colonia de murciélagos de [Guinea Conakry](#), extendiéndose más tarde por [Sierra Leona](#), [Liberia](#) y, en menor extensión, Nigeria. La disponibilidad de la vacuna actual podría haber limitado la extensión de la infección en las regiones orientales de la República Democrática del Congo si la violencia no se hubiese interpuesto en el trabajo de los sanitarios.

Entre los años 1976 (cuando se aisló el virus) y 2014 (surgimiento de la epidemia en el África occidental) se produjeron brotes aislados en remotas regiones. En todos los escenarios, la rápida y eficaz intervención sanitaria lograba frenar su expansión. Por esta razón, la epidemia de 2014-2015 causó tanta alarma, además de por los casos aislados de viajeros y cooperantes.

No obstante, la vacuna tiene algunas limitaciones: solo es eficaz contra una de las dos cepas más comunes del virus *ébola*; y la protección que ofrece puede no ser duradera. Además, los efectos secundarios son *algo más significativos* que los esperables de cualquier otra vacuna (cefaleas y artralgias).

El estudio publicado en *The Lancet* se llevó a cabo en 11.841 residentes de Guinea Conakry. Dentro del *grupo de estudio* (vacunado), formado por 5.837 personas, ninguna contrajo la infección. Entre quienes tardaron más tiempo en ser vacunados -6.004 personas (que actuaron a modo de *grupo control*) se notificaron 23 infecciones por el virus *ébola*. La vacunación se realizó siguiendo una metodología similar a la empleada en la campaña para erradicar la viruela. A esta sistemática se la denomina «vacunación en anillo». Cuando aparece un

caso, se vacunan a todas las personas que conforman un círculo social alrededor del afectado.

El ensayo sobre el *ébola* fue coordinado por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad de Guinea Conakry, el Instituto de Salud Pública de Noruega, y otras instituciones. La vacuna, designada [Rvsv-ZEBOV](#), fue desarrollada hace más de una década por la Agencia de Salud de Canadá y el ejército de Estados Unidos. En la actualidad, [Merck](#) tiene la licencia de comercialización. [[Rvsv-ZEBOV](#) es *Recombinant vesicular stomatitis virus-Zaire EBola Virus*].

El diseño consiste en *virus de la estomatitis vesicular (vsv)* del ganado al que se ha insertado genéticamente el gen que codifica la síntesis de una proteína de la *cápside* del virus *ébola*. Esta proteína, muy antigénica, induce al sistema inmunitario de la persona vacunada a fabricar un anticuerpo específico.

Los estudios experimentales en monos mostraron que la vacuna, administrada una semana antes de exponer al animal a una carga viral muy elevada, era totalmente eficaz (100%). Seguía siéndolo incluso cuando la vacuna se inyectaba un día después de haber infectado experimentalmente al simio.

El virus *ébola* tiene cinco serotipos conocidos. El más común es el denominado *Ébola-Zaire* (causante de la epidemia en África occidental durante 2014-2015). Otro serotipo del virus es el *Ébola-Sudán*. El virus *ébola* está relacionado con otro virus, también hemorrágico, denominado *Marburg*, igualmente letal.

Una vacuna ideal debería proteger frente a los cinco serotipos del virus *ébola*, así como contra el virus *Marburg*. Sin embargo, los científicos dudan que ello sea factible porque exigiría administrar una carga muy importante del *virus de la estomatitis vacuno*.

La objeción anterior podría ser relativa en un escenario de crisis, como una epidemia en fase de expansión logarítmica.

La división de vacunas de la multinacional británica [GlaxoSmithKline Pharma](#) está investigando otra vacuna experimental. Este preparado requiere dos inyecciones: la primera contiene un *adenovirus* de chimpancé que se ha modificado genéticamente para insertar el gen del *ébola* que codifica una proteína, muy antigénica, de la *cápside* del virus.; el segundo utiliza el virus de

la *viruela* muy atenuado, similar al que se utilizó durante la campaña de erradicación de la enfermedad durante la década de 1970. [La Organización Mundial de la Salud consideró erradicada la viruela en el año 1980].

A comienzos de 2018, [Gavi Vaccine Alliance](#) entregó a laboratorios *Merck* cinco millones de dólares para la producción de 300.000 dosis de su vacuna, para confrontar una emergencia sanitaria. Estas dosis son las que se están utilizando en la actualidad en la República Democrática del Congo.

El virus *ébola* nos retrotrae al *corazón de las tinieblas*, la maravillosa novela del polaco [Joseph Conrad](#). En ella, la muerte no es el resultado de una acción, sino el principio de cualquier relación. Bien podría ser este virus un personaje de la novela.

Zaragoza, a 8 de mayo de 2019

Dr. José Manuel López Tricas
Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria
Farmacia Las Fuentes
Florentino Ballesteros, 11-13
50002 Zaragoza