

EPIDEMIOLOGIA

Con interrogantes por resolver, en el caso de las epidemias, se ha podido seguir un rastro hasta un caso índice en un ser humano o en un primate. Los vectores sospechosos han sido arañas, murciélagos y monos.

El virus del Ébola se aisló por primera vez en 1976, en el norte de Zaire, y en Sudán en dos epidemias no relacionadas.

En la transmisión al ser humanos, los casos secundarios se producen sobre todo entre el personal hospitalario y se asocian a la sangre.

No se conocen con detalle las vías exactas mediante las cuales se pueden diseminar los filovirus. La inoculación parenteral con agujas y jeringuillas contaminadas es una vía probada y se asocia a una mayor mortalidad. Es probable que el contacto de la piel o mucosas con materiales cargados de virus, haya sido responsable de la mayoría de las infecciones humanas identificadas. Además de los títulos elevados del virus en la sangre, hay una infección extensa de la piel de los pacientes que afecta a fibroblastos y otras estructuras dérmicas, lo que explica el riesgo adicional de las personas que participan en la preparación tradicional del cadáver para el entierro y de los allegados que los tocan. La transmisión de la infección por el aire es escasa o nula en la propagación entre seres humanos.

SIGNOS Y SINTOMAS

La fiebre hemorrágica del Ébola es una enfermedad vírica de comienzo agudo y grave,

que se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa y dolor de músculos, cabeza y garganta, seguida de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática, y en algunos casos hemorragias internas y externas. Los resultados del laboratorio muestran disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas. La evolución consiste en que alrededor del quinto día la mayoría de los pacientes presentan un exantema maculopapular, que es llamativo en el tronco. En la segunda semana desaparece la fiebre y el paciente o mejora mucho o fallece en estado de shock con insuficiencia multiorgánica. La mortalidad del subtipo Zaire del Virus Ébola es de 80-90%.

DIAGNÓSTICO

Es necesario establecer el diagnóstico diferencial con el paludismo, fiebre tifoidea, shigelosis, el cólera, la leptospirosis, la meningitis, la hepatitis y otras fiebres hemorrágicas víricas.

Las infecciones por el virus del Ébola solo se pueden diagnosticar definitivamente por diversas pruebas de laboratorio:

- Prueba de inmunoadsorción enzimática ELISA
- Prueba de detección de antígenos
- Prueba de seroneutralización
- Método de reacción en cadena de la polimerasa transcriptasa inversa (RT-PCR)
- Aislamiento del virus mediante cultivo celular.

TRATAMIENTO Y VACUNA

No se cuenta aún con tratamiento ni vacuna específicos. En la epidemia del Zaire de 1995, se realizaron transfusiones de sangre completa, procedentes de pacientes que habían pasado recientemente la convalecencia, aunque la ausencia de un grupo de control simultáneo, hizo que no se pudiese evaluar su eficacia.

El paciente debe recibir un tratamiento de soporte, con mínimos traumatismos, y con un mantenimiento cuidadoso de la hidratación. Se ha de ser consciente de la posibilidad de producirse un compromiso miocárdico y un

aumento de la permeabilidad vascular pulmonar. Está indicado el aporte de factores de coagulación y plaquetas.

HUESPED NATURAL DEL VIRUS DEL ÉBOLA

Se considera que los murciélagos de la fruta, en particular *Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* y *Myonycteris torquata*, son posiblemente los huéspedes naturales. Es por ello que la distribución geográfica de estos virus puede coincidir con la de dichos murciélagos.

CADENAS DE TRANSMISIÓN

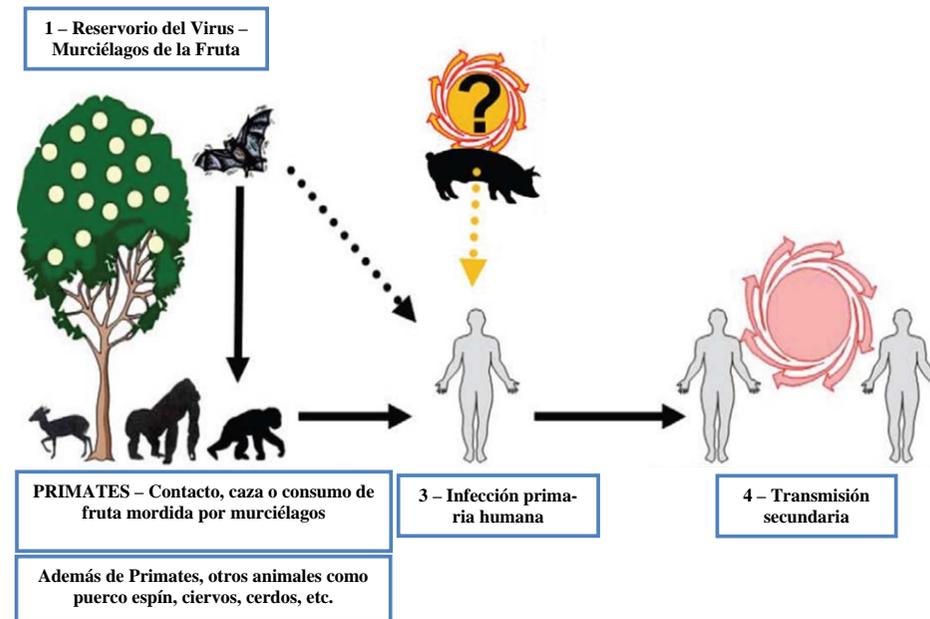


Imagen 1 - Adaptada de original

