

# Boletín

## ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 8 | AGOSTO 2012

### ALERTAS

Ebola

Virus Usutu

Virus West Nile

*Plasmodium vivax*

*Vibrio cholerae*

Gripe aviar H5N1

Dengue

*Salmonella enterica serovar Stanley*

Perla: Viajeros a América Central y del Sur (1)

Introducción

Enfermedades

Prevención

Bibliografía

### PERLA: VIAJEROS A AMÉRICA CENTRAL Y DEL SUR (1)



VECTOR DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Francesca Norman, José Antonio Pérez-Molina, Rogelio López-Vélez.

Medicina Tropical. Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Centro perteneciente a la Red de Investigación en Enfermedades Tropicales (RICET: RD06/0021/0020)

Fuentes: Pro MED, OMS, TropiMed News, TropNet Europ, santé-voyages, Eurosurveillance, European CDC (PRU)

## SUMARIO

### ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

## Ebola

**Uganda:** se han notificado 24 casos de Ebola (13 probables, 11 confirmados) en el brote que está afectando al distrito de Kibaale en Uganda Occidental. La especie identificada del virus es el -Ebola Sudan-. Por el momento, han fallecido al menos 16 personas. A todos los contactos de los casos (tanto los sospechosos como los confirmados) se realiza un seguimiento diario durante 21 días, para detectar posibles síntomas o signos de la infección. Además de las medidas en respuesta a este brote, se están llevando a cabo estudios ecológicos en el distrito, con la ayuda de los CDC americanos, para intentar determinar la fuente y la ruta de transmisión de este brote.

**R.D. Congo:** a fecha de 20 de agosto se han registrado un total de 15 casos de infección por Ebola (especie -Ebola Bundibugyo-) en Province Orientale al este del

Salir

Imprimir

e-mail



país, en las zonas de Isiro, Pawa y Dungu. De estos casos notificados, por el momento hay 13 casos probables y 2 confirmados, y han fallecido 10 personas. Las autoridades sanitarias del país cuentan con varios



Virus Ebola (Fuente: CDC)

colaboradores (OMS, UNICEF, MSF, y los CDC americanos, entre otros) para desarrollar las labores de investigación, vigilancia y control.

Actualmente no se considera que estos dos brotes estén relacionados puesto que se han identificado especies diferentes del virus Ebola (Sudan y Bundibugyo) en cada brote.

## Virus Usutu

**Alemania:** diagnosticada la primera infección

humana por este virus en Alemania. La infección se ha confirmado en un donante de sangre al analizar 4.200 muestras para detectar la presencia de anticuerpos. Tras contactar con el afectado se constató que no había tenido ningún síntoma sugestivo de la infección (que puede cursar con fiebre, cefalea y exantema) antes de la donación. El virus ha causado la muerte de numerosas aves (principalmente mirlos comunes, *Turdus merula*) tanto este verano como el anterior. El virus, originario de África, también se ha detectado en mosquitos *Culex pipiens* y podría transmitirse a humanos. El virus se había identificado anteriormente en aves o mosquitos en otros países como Hungría, Suiza, Italia y España. Se recuerda que en el año 2009 en Italia se notificaron infecciones por el virus Usutu en dos pacientes inmunodeprimidos. Se resalta la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica de este flavivirus.

## Virus West Nile

**EEUU:** casos detectados en humanos, aves o mosquitos en 47 estados. Según los CDC americanos desde principios de este año hasta el 21 de agosto se han notificado más de 1.110 casos humanos, incluidos 41 casos mortales. Estas cifras serían las más altas desde que se detectó el virus por primera vez en los EEUU en 1999. De los casos notificados, más de la mitad tuvieron enfermedad neuroinvasora (629 casos, 56%). El 75% de los casos, aproximadamente, se han diagnosticado en 5 estados: Texas, Mississippi, Louisiana, Dakota del Sur y Oklahoma (Texas ha sido el estado más afectado hasta el momento con casi la mitad de los casos notificados). Europa: hasta mediados de agosto se registraban 58 casos de infección por WNV en países de la comunidad europea (57 en **Grecia** y 1 en **Italia**).

## *Plasmodium vivax*

**Grecia:** este verano ya se han diagnosticado 6 casos autóctonos de malaria por *P. vivax* en ciudadanos griegos que no habían viajado a zonas endémicas en los últimos 5 años. Además de las medidas frente al vector se está implementando el cribado activo de otros habitantes de la zona y de inmigrantes temporales para detectar otras posibles infecciones.

## *Vibrio cholerae*

**Sierra Leona:** desde principios de año se han registrado más de 11.600 casos y han fallecido unas 200 personas. La situación es preocupante porque el número de nuevos casos de cólera ha aumentado rápidamente desde principios de este mes (>5.700 casos nuevos) y además se han visto afectados dos nuevos distritos por la epidemia, Bonthe y Kono. Actualmente se están

registrando casos en 10 de los 13 distritos del país, siendo los más afectados los distritos de Western Area y Tonkolili. Las autoridades han declarado que se trata de una crisis humanitaria y las labores de prevención y control se están desarrollando con la ayuda de la OMS, UNICEF y MSF.

**Cuba:** parece que no está controlado el brote de cólera en el país. Se han registrado más de 250 casos hasta el momento.

## *Gripe aviar H5N1*

**Indonesia:** notificado un nuevo caso mortal: ha fallecido un varón de 37 años de la provincia de Yogyakarta. La tasa de mortalidad de la infección en este país se mantiene extremadamente elevada: de 191 casos registrados hasta el momento, 159 han sido fatales.

## *Dengue*

**Camboya:** siguen aumentando los casos en el brote de dengue que afecta al país. En los primeros 7 meses del año ya se registraban más de 23.200 casos (98 fallecidos) y por el momento no parece que se esté controlando la epidemia.

Centroamérica: se mantiene la transmisión en **México** y **El Salvador**, con más del doble de casos registrados con respecto al año pasado.

## *Salmonella enterica serovar Stanley*

Europa: declarado un brote con más de 100 casos por la misma cepa de *S. enterica*. Se han detectado casos en **Austria, Bélgica, Alemania y Hungría**, la mayoría en niños menores de 9 años. Parece que la fuente de la infección es carne de pavo contaminada.



### **Viajeros a América Central y del Sur (1)**

#### **Introducción**

Un estudio multicéntrico publicado en el 2006 que recogía la patología de más de 17.000 viajeros a su regreso objetivó que hasta un 8% de los que viajan a países menos desarrollados consultan por algún síntoma durante el viaje o a su regreso. Se sabe que el riesgo de cada viajero dependerá entre otros del destino del viaje, su duración y las actividades que se realizan durante el mismo. En este estudio de la red de centros especializados en medicina del viajero GeoSentinel, los motivos de consulta más frecuentes en los viajeros que regresaban de América Central y del Sur fueron la fiebre,

los problemas gastrointestinales (diarrea aguda/crónica y otros) y los problemas dermatológicos. De entre los pacientes con fiebre los diagnósticos más frecuentes fueron dengue y malaria. En esta sección se revisan las principales infecciones que se pueden adquirir según la zona de América Central visitada y el próximo mes se revisarán los posibles riesgos para los viajeros a América del Sur.

Los países componentes de América Central son: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá.

#### **Enfermedades**

**Dengue:** en las últimas décadas el dengue se ha extendido por toda América central, México y partes tropicales de América del Sur. Se recuerda que existen

4 serotipos de este flavivirus transmitido por picadura de mosquitos y que las formas graves de la infección ocurren con mayor frecuencia en pacientes que han sido previamente infectados por un serotipo diferente.

**Fiebre Amarilla:** el riesgo de esta infección, transmitida por picadura de mosquitos *Aedes*, se considera bajo para los viajeros a América Central. Existe riesgo en la zona al Este del Canal de Panamá (pero no en la ciudad de Panamá, la zona del canal, las islas San Blas y las islas Balboa).

**Hepatitis A:** de transmisión mediante alimentos/agua contaminada, esta viriasis es endémica en América Central.

**Hantaviriasis:** estas infecciones se adquieren tras el contacto con las excretas de roedores infectados.

Existen varias especies de hantavirus distribuidas por Centroamérica, que pueden producir una infección grave con afectación cardíaca y pulmonar (síndrome cardiopulmonar por hantavirus).



**Fiebre de las Montañas Rocosas:** esta infección producida por *Rickettsia rickettsii* ocurre principalmente en el sur de México, Costa Rica y Panamá, donde está distribuido uno de los vectores (la garrapata del perro *Rhipicephalus sanguineus*).

**Diarrea del viajero:** ésta es una patología frecuente especialmente en viajeros a zonas menos desarrolladas. La mayoría de estos episodios son de origen bacteriano y suelen ser auto-limitados y de corta duración en pacientes sanos/ inmunocompetentes.

**Leptospirosis:** se adquiere tras la exposición a la orina de animales infectados, habitualmente tras el contacto con agua dulce contaminada. Esta infección es endémica en zonas tropicales de Centroamérica donde suele afectar a ganaderos/ agricultores, aunque también pueden verse afectados los viajeros que participan en actividades

acuáticas en agua dulce (natación, rafting, etc).

**Cólera:** se adquiere mediante ingesta de agua/ alimentos contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*. El cólera se reintrodujo en América en la década de los 90 y se siguen dando casos en varios países de la zona.

**Fiebre tifoidea:** adquirida tras la ingesta de alimentos contaminados, el riesgo es mayor para viajeros de larga estancia a zonas menos desarrolladas.

**Micosis:** algunas de las micosis endémicas de esta zona son la histoplasmosis, la coccidioidomicosis y la criptococosis que se suelen adquirir tras la inhalación de polvo/tierra o exposición a zonas de construcción, a los excrementos de aves/murciélagos o a la vegetación en descomposición. El riesgo de estas infecciones es mayor en pacientes inmunodeprimidos que pueden desarrollar

síntomas incluso años después de la exposición (reactivación). En inmunocompetentes las infecciones pueden ser asintomáticas o cursar paucisintomáticas y de forma auto-limitada.

**Malaria:** en todos los países hay zonas de riesgo de malaria, principalmente *P. vivax* (>90%), aunque también se registran algunos casos de malaria por *P. falciparum*. Algunas de las zonas identificadas como de mayor riesgo son los departamentos de Alajuda, Limón, Guanacaste y Heridia en Costa Rica, casi todas las zonas de Belice (especialmente los distritos de Cayo, Stann Creek y Toledo), y zonas rurales de El Salvador (Santa Ana, Ahuachapan, La Unión), Guatemala (zonas rurales <1500m), Honduras (zonas <1000m, Roatán e islas Bay), Nicaragua y Panamá (Bocas del Toro, Darien y San Blas).

**Leishmaniasis:** transmitida por la picadura de

flebotominos (insectos hematófagos voladores). En América central las formas cutáneas y mucocutáneas son más frecuentes que la leishmaniasis visceral.

**Enfermedad de Chagas** (trpanosmiasis americana): endémica en esta zona aunque el riesgo para los viajeros convencionales se considera bajo (los vectores de la infección se encuentran habitualmente en las paredes de las casas de adobe en zonas rurales y remotas).

**Miasis:** parasitación por larvas de mosca. En viajeros a Centroamérica la forma de presentación más frecuente es la miasis foruncular, producida por *Dermatobia hominis*.

### Prevención

Para las infecciones de transmisión fecal-oral (diarrea del viajero, hepatitis A, cólera, fiebre tifoidea, enfermedad

de Chagas adquirida por vía oral) las medidas más importantes de prevención se basan en la precaución con el agua y alimentos para evitar la ingesta de patógenos contaminantes. Para la fiebre tifoidea existen vacunas (oral y parenteral), pero su efectividad no es del 100% y no sustituyen a las medidas de precaución habituales con el agua y los alimentos. La vacuna frente a la hepatitis A (2 dosis) es muy efectiva y debería valorarse su administración a todos los viajeros no inmunes a América Central.

En cuanto a las infecciones transmitidas por vectores (malaria, fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, rickettsiosis, enfermedad de Chagas) se recomienda el uso de repelentes y mosquiteras. Para algunas de las infecciones existen medidas específicas: los CDC americanos recomiendan la vacunación frente a la

fiebre amarilla a los viajeros  $\geq 9$  meses de edad que viajan a zonas de riesgo de Panamá (consultar páginas web actualizadas de recomendaciones a los viajeros, algunos países pueden además exigir la vacunación si el viajero proviene de zona endémica de fiebre amarilla). Para las zonas de riesgo de malaria, se debería recomendar la profilaxis anti-palúdica tras una valoración individualizada de cada viajero.

Se debería evitar el contacto con animales y sus excretas

para prevenir otras infecciones como la hantaviriasis y la leptospirosis.

Para evitar las micosis endémicas habría que evitar el contacto con la tierra y las heces de aves/murciélagos y se pueden utilizar mascarillas protectoras. Estas últimas recomendaciones serían especialmente importantes para los viajeros inmunodeprimidos.

## Bibliografía

- Vázquez A, Jiménez-Clavero MA, Franco L, Donoso-Mantke O, Sambri V, Niedrig M, Zeller H, Tenorio A. Usutu virus – potential risk of human disease in Europe. Euro Surveill. 2011;16(31):pii=19935
- Zaas A, Sexton DJ. Diseases potentially acquired by travel to Central and South America. UpToDate 2012.
- Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, *et al.* Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers. N Engl J Me, 2006; 354: 119.
- Mark Gershman, Emily S. Jentes, Theresa Sommers, J. Erin Staples, Kathrine R. Tan, Paul M. Arguin, Stefanie F. Steele. Yellow Fever & Malaria Information, by Country. CDC Yellow Book, 2012, chapter 3, <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/yellow-fever-and-malaria-information-by-country.htm#seldyfm298> (acceso 23 agosto 2012)



En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario serán incluidos en un fichero responsabilidad de GlaxoSmithKline, S.A. (GSK) con domicilio en C/. Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad de proceder al envío del Boletín de Enfermedades Emergentes. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y cancelación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercerlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionada (**Atención Departamento Centro de Información**) o enviando un e-mail a la dirección **es-ci@gsk.com** (**centro de información de GSK**).