

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 13 | ENERO 2010

ALERTAS

Gripe H1N1

Gripe H5N1

Burkholderia pseudomallei

Bacillus anthracis

Legionelosis

Transmisión de virus vacunal
de Fiebre amarilla mediante transfusión

Fiebre Amarilla

Sarampión

Virus Nipah

Virus Sindbis

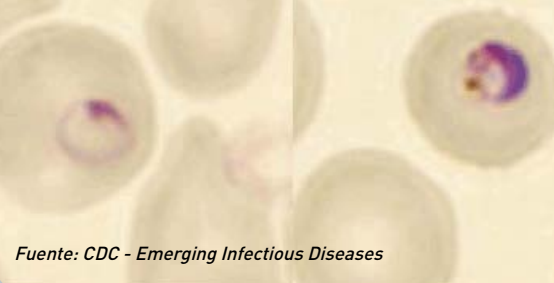
Virus Alkhurma

Virus Polio

Trypanosoma cruzi

PERLAS

Plasmodium knowlesi



Fuente: CDC - Emerging Infectious Diseases

Este boletín revisa las alertas de enero 2010. Fuentes: Pro MED, OMS, Tropi-Med News, TropNet Europ, santé-voyages, Eurosurveillance, European CDC (PRU)

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).

http://www.fibio-hrc.org/pub_boletines.htm

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalRamonCajal/Page/HRYC_home

Para inscripción y sugerencias
pueden referirse al mail:

es-ci@gsk.com

SUMARIO

ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES
BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Gripe H1N1

Se han registrado casos en 209 países con más de 14.140 fallecidos. La transmisión más intensa del virus se sigue registrando en el norte de África, el sur de Asia y en zonas limitadas de Europa del este. En general, en las zonas templadas del hemisferio norte la actividad del virus de influenza pandémico alcanzó un pico entre finales de octubre y finales de noviembre del año pasado y ha seguido disminuyendo desde entonces. En Europa, la transmisión se mantiene geográficamente extendida en partes de Europa occidental, central y sureste, pero globalmente la actividad sigue descendiendo o se mantiene baja en la mayoría de países. El virus H1N1 pandémico 2009 sigue siendo el principal virus de influenza que circula en la región europea y solamente se han detectado otros virus de influenza estacionales de forma esporádica.

Home

Salir

Imprimir

e-mail



Hospital Universitario
Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

Gripe H5N1

Según la OMS en el año 2009, se registraron un total de 72 casos de gripe H5N1 (32 fallecidos) en 5 países: Camboya, China, Egipto, Indonesia y Vietnam.

Egipto: notificados dos nuevos casos de esta gripe en una mujer de 20 años de la zona de Beni Suef que había tenido contacto con aves enfermas/muertas y en un niño de 18 meses de la zona de Dakahalia. Con éstos son 92 los casos registrados en el país hasta el momento.

Indonesia: un nuevo caso en una niña de 4 años, también con contacto con aves enfermas. El caso ha evolucionado bien y ya ha recibido el alta hospitalaria.

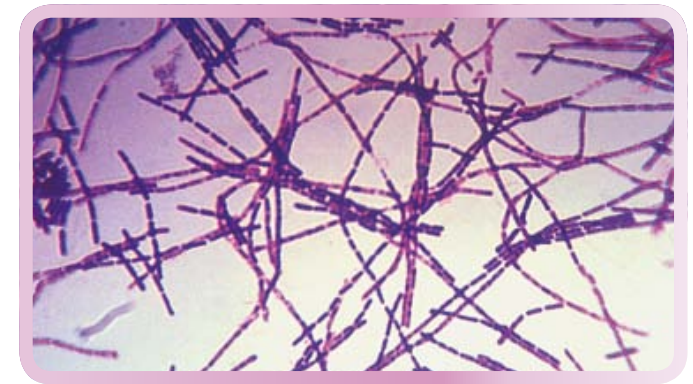
Burkholderia pseudomallei

Australia: las autoridades sanitarias han confirmado 13 casos de melioidosis (9 casos en el último mes) en el territorio del norte, durante la época de lluvias. Se recomienda el uso de calzado impermeable y guantes, especialmente si se va a manipular la tierra o participar en labores de limpieza tras las inundaciones recientes.

Burkholderia pseudomallei es endémica en áreas focales del sudeste asiático y el norte de Australia, y el aumento de casos en estas zonas se suele documentar tras fenómenos como los ciclones, lluvias torrenciales o inundaciones. Aunque algunos casos pueden cursar de forma subclínica, la melioidosis puede progresar produciendo enfermedad diseminada severa con afectación multiorgánica, siendo los pacientes con comorbilidades asociadas (como diabetes, alcoholismo, malnutrición, cirrosis e inmunosupresión) un grupo especial de riesgo.

Bacillus anthracis

Escocia y Alemania: desde diciembre de 2009 se han confirmado ya 15 casos en Escocia (de los cuales han fallecido 7) y uno en Alemania de infección por *Bacillus anthracis*. Los casos en Escocia se han dado todos en usuarios de heroína inyectada, y en Alemania no se especifica que droga consumía el paciente pero era adicto a drogas por vía parenteral. Los sistemas de vigilancia están en alerta para poder detectar nuevos casos en Europa.



Microfotografía de la bacteria *Bacillus anthracis*.
Fuente: CDC



Legionelosis

Alemania: brote de legionelosis en el sur de Alemania en las ciudades de Ulm y Ne-Ulm: hasta el momento se han registrado 64 casos confirmados, incluyendo 5 fallecidos. Siguen las investigaciones para determinar la fuente de la contaminación.

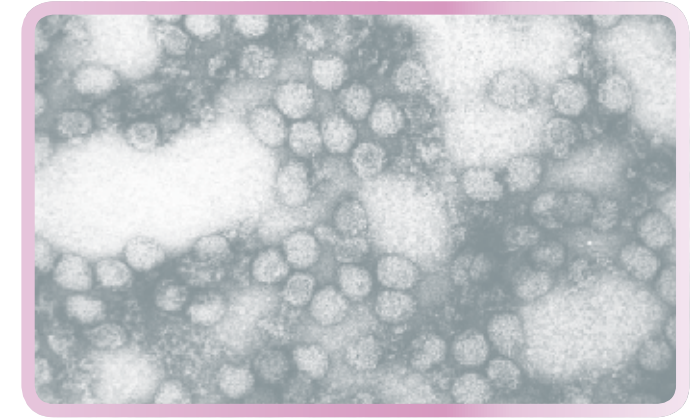
Francia: 7 casos detectados en la zona de Niza. Se desconoce por el momento la fuente de la infección, pero se sospecha que pueda estar contaminada una torre de refrigeración de la ciudad.



Transmisión de virus vacunal de Fiebre Amarilla mediante transfusión

EEUU: se publican los resultados de una investigación que se llevó a cabo el año pasado al conocerse que 89 militares habían recibido la vacunación de la fiebre amarilla solo 4 días antes de donar sangre. Habitualmente la irradiación de los productos sanguíneos minimiza el riesgo de transmisión de agentes infecciosos, pero la dosis parece insuficiente para inactivar el virus de la vacuna de la fiebre amarilla (VFA). Se realizaron pruebas en 4 receptores de estos productos y en 3 de ellos se detectaron anticuerpos neutralizantes IgM frente a VFA. Esta sería la primera vez que se documenta transmisión de VFA a través de sangre infectada. En el cuarto receptor (un neonato prematuro) no se evidenciaron datos serológicos de transmisión del VFA, posiblemente por la poca madurez del sistema inmune, con escasa capacidad para montar una respuesta adecuada al virus. No se registraron efectos adversos ni enfermedad en relación con la transmisión en ninguno de estos receptores.

Las personas que se vacunan por primera vez de la fiebre amarilla con frecuencia desarrollan una viremia de bajo grado a los 3-7 días de la vacunación, que persiste durante 1-3 días. A medida que se desarrollan anticuerpos neutralizantes, se resuelve la viremia (en el 90% de vacunados esto ocurre a los 10 días y en el 99% a los 30 días). Al recibir la dosis de recuerdo de la vacuna no suele desarrollarse viremia, pero se objetiva a menudo un aumento de IgM específica. Era la primera vez que los donantes recibían la vacuna, así que parece poco probable que la detección de anticuerpos frente VFA en los receptores representase un caso de inmunización pasiva (transmisión de anticuerpos formados en el donante) puesto que los niveles de IgM en los donantes a los 4 días tras una primovacuna serían muy bajos o incluso inexistentes. Se recuerda la importancia de realizar un cribado individualizado en los candidatos a donación de sangre, para detectar a aquellos que han recibido vacunas vivas en el mes previo a la donación. Se debería retrasar la donación por lo menos 2 semanas tras la vacunación en aquellos que han recibido vacunas vivas y en el caso de los vacunados frente al sarampión, parotiditis, rubéola y varicela, por lo menos 4 semanas debido al riesgo teórico de desarrollar una viremia prolongada tras la vacunación.



Virus de la fiebre amarilla.
Fuente: CDC



Fiebre Amarilla

Costa de Marfil: se han registrado unas 20 muertes por fiebre amarilla desde que se detectó un brote en noviembre del 2009 en el norte del país, en Ordienne. Están en marcha campañas de vacunación para intentar controlar el brote.

República de Guinea (Guinea-Conakry): en la zona de Mandiana en la región de Kankan (en la frontera con Costa de Marfil) se ha confirmado un caso de fiebre amarilla en una



mujer de 35 años; hay otros 6 casos pendientes de confirmación. El Ministerio de Sanidad ha lanzado una campaña de vacunación para toda la población de Mandiana.

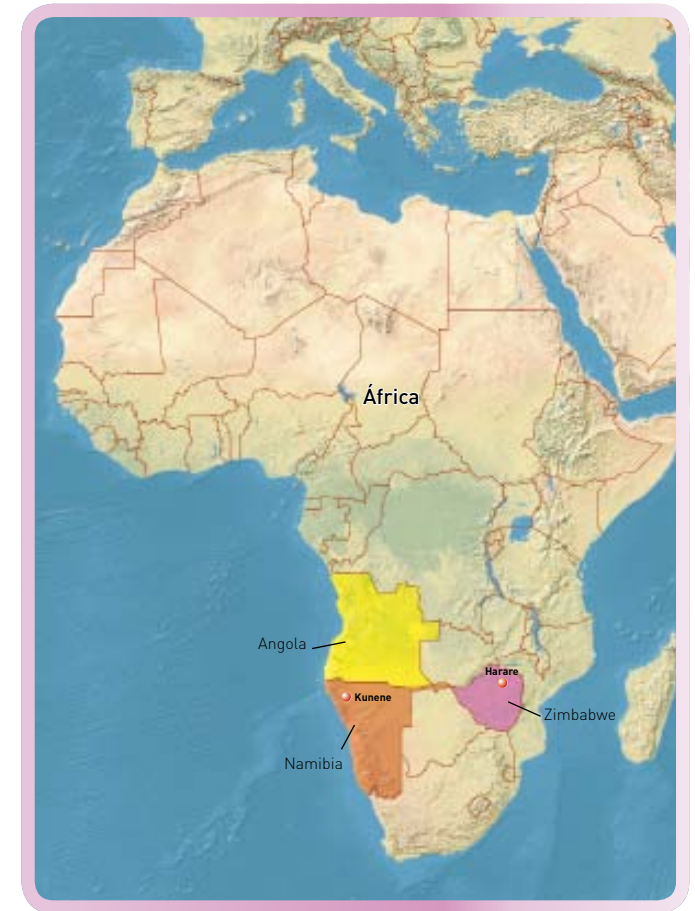


Sarampión

Zimbabwe: desde el inicio en noviembre de 2009 se han registrado más de 1.050 casos sospechosos aunque solo se han podido confirmar unos 160. Se han registrado además 41 muertes por la infección. La mayoría de casos se han detectado en la capital, Harare, en grupos religiosos que rechazan la vacunación como parte de sus creencias. Esto ha llevado a las autoridades sanitarias locales a implementar medidas severas, que han incluido la asistencia de la policía para obligar a ciertas personas a que se vacunen.

Namibia: cinco meses desde que se registró el primer caso en la región de Kunene, el número de afectados se estima en más de 1.050 (13 fallecidos). Es posible que los primeros casos fueran introducidos desde Angola, y se han revelado déficits en la cobertura vacunal de la región, aparentemente debido a la escasez de vacunas.

Bulgaria: van en aumento el número de casos de sarampión. Durante 2009 se notificaron 2.249 casos y 7 muertes (todas estas últimas en diciembre), y en la primera semana de este año ya se habían registrado 574 nuevos casos. Los CDC europeos han acordado enviar un equipo de expertos para asistir a las autoridades locales y expertos de la OMS en sus labores.



Virus Nipah

Bangladesh: se confirman 3 muertes por encefalitis por virus Nipah en miembros de una misma familia de Faridpur. Se sospecha que todos habían ingerido zumo de dátiles contaminado con secreciones de murciélago. La OMS recomienda que se hiervan este tipo de zumos y que las frutas se laven o pelen antes del consumo, precisamente para evitar este tipo de infecciones. Otras medidas incluyen el cubrir las jarras en las que se recogen los zumos de dátil, para evitar que los murciélagos frugívoros beban y puedan contaminar el líquido. Se recuerda que el virus Nipah es una zoonosis que se considera que está emergiendo en zonas de Asia en los últimos años.



Virus Sindbis

Finlandia: se dan a conocer los datos epidemiológicos del 2009 para la enfermedad de Pogosta, producida por el virus Sindbis (SINV). Este virus es un alfavirus de la familia *Togaviridae*, transmitido por mosquitos, que se ha detectado en zonas de Eurasia, África y Oceanía. Se han detectado anticuerpos a SINV en personas procedentes de varias áreas geográficas pero la mayoría de infecciones clínicas se han registrado en Finlandia donde el virus se asocia a la enfermedad de Pogosta, con un cuadro clínico de fiebre, exantema y artritis. El diagnóstico está basado en técnicas serológicas y el tratamiento de la infección es sintomático. En Suecia y Rusia se han descrito enfermedades con clínica similar, conocidas como enfermedad de Ockelbo y fiebre de Karelian, respectivamente. En Finlandia, la mayoría de casos se registran durante los meses de agosto y septiembre, cuando abundan los vectores primarios (mosquitos de especie *Culex* y *Culiseta* principalmente) y desde que se registró el primer brote de la enfermedad en el país en el año 1974 se han dado brotes con una periodicidad de siete años. La causa de este fenómeno todavía no está aclarada, pero podría tener relación con los cambios cíclicos que se observan en la densidad poblacional de ciertas especies de aves de la zona (aves migratorias y aves de la familia de los tetraonidos, como los urogallos) en las cua-

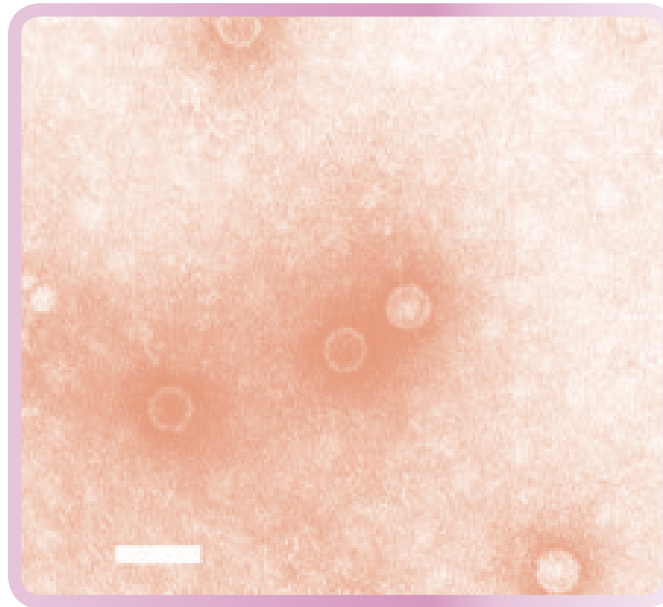


les también se han detectado anticuerpos a SINV. Se postula que el virus puede tener un ciclo endémico en estas aves. La última epidemia importante de SINV se registró en Finlandia en el año 2002, con casi 600 casos y se anticipaba un brote importante en el 2009. Sin embargo, solamente se registraron 105 casos, coincidiendo con una disminución mantenida en la población de urogallos.



Virus Alkhurma

Arabia Saudi: se registraron 4 casos de fiebre hemorrágica de Alkhurma producida por el virus del mismo nombre (AHFV) en el periodo después del Hajj (peregrinaje anual a la Meca) a finales de noviembre/principios de diciembre. Todos los pacientes habían tenido exposición a ovejas muertas, porque habían participado en la matanza de estos animales y es probable que el virus se transmita por picadura de garrapata. El AHFV es un flavivirus que es un variante del virus que produce la enfermedad del bosque de Kyasanur, y el diagnóstico diferencial se debe realizar entre otros con el dengue.



Poliovirus.

Fuente: Environmental Protection Agency - U.S. federal government



Virus Polio

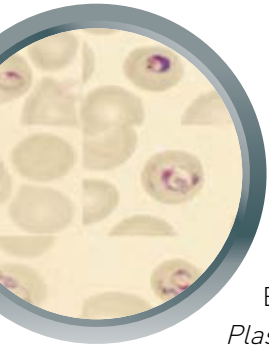
Se han registrado (a fecha de 19 de enero) 2 nuevos casos de infección por virus polio salvaje desde principios de 2010: un caso en **Pakistán** (W1) y un caso en **Afganistán** (W3). Durante el mismo periodo de 2009, la OMS notificó 12 nuevos casos en 5 países.

Trypanosoma cruzi



Brasil: brote de enfermedad de Chagas por transmisión oral en el municipio de Santa Isabel do río Negro (Amazonas). Se han infectado 12 personas (4 son niños), tras la ingesta de bayas tipo akai.





Plasmodium knowlesi

Introducción

Existen cinco especies principales de *Plasmodium* que pueden causar infección humana: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* y *P. knowlesi*. La enfermedad severa se suele asociar con *P. falciparum*, pero también se han descrito casos mortales de infección con *P. vivax* y *P. knowlesi*. Hasta hace unos años se pensaba que *P. knowlesi*, una especie que suele infectar a monos macacos en Borneo (principalmente *Macaca fascicularis* y *Macaca nemestrina*), raramente producía infección en humanos. Actualmente se reconoce esta especie de *Plasmodium* como un patógeno humano emergente.

Epidemiología: El primer caso humano de infección por *P. knowlesi* adquirida de forma natural se describió en 1965, y más recientemente se han descrito casos en la parte mala de Borneo, Tailandia, Myanmar, Singapur y Filipinas. La infección en macacos, sin embargo, se ha documentado en zonas más extensas: en India, Indochina, el archipiélago de las Filipinas y de Indonesia hasta la isla de Lombok (al este de Bali). De esta forma, las personas que residen o



Zonas del sudeste asiático afectadas por *P. knowlesi*.



viajan a todas estas áreas, donde está distribuido el vector (mosquitos del grupo *Anopheles leucosphyrus*), tendrían riesgo de adquirir la infección por *P. knowlesi* (especialmente los que habitan en zonas próximas a donde se encuentran los macacos). De hecho ya se han descrito casos en viajeros originarios de Europa y Estados Unidos. Es probable que el número de infecciones por *P. knowlesi* en el sudeste Asiático se haya infraestimado puesto que

morfológicamente es difícil distinguir las formas eritrocíticas de *P. knowlesi* de las de *P. malariae* e incluso de los trofozoitos jóvenes (anillos) de *P. falciparum*.

Manifestaciones Clínicas: Se debe sospechar el diagnóstico de malaria en cualquier paciente febril con riesgo epidemiológico (exposición/estancia en zona endémica). *P. knowlesi* tiene un ciclo de replicación asexual corto (24 horas para *P. knowlesi*; 48 horas para *P. falciparum*, *P. vivax* y *P. ovale*; 72 horas para *P. malariae*), por lo que se pueden producir parasitemias elevadas y enfermedad severa. Las manifestaciones clínicas pueden ser severas, con riesgo de hipotensión, hipoglucemia, afectación hepática y renal y distress respiratorio. Se debe considerar la infección por *P. knowlesi* si existe enfermedad severa, con patrón de fiebre diaria, en un paciente diagnosticado inicialmente de *P. malariae* por microscopía y con antecedentes epidemiológicos.

Diagnóstico: Se pueden utilizar las técnicas habituales para el diagnóstico de la malaria (frotis y gota gruesa, técnicas rápidas de detección de antígeno, y PCR) teniendo en cuenta lo reflejado anteriormente en cuanto a las di-



ficultades para diferenciar *P. knowlesi* morfológicamente de *P. malariae* y/o *P. falciparum*. En el contexto de una parasitemia elevada sería más probable la infección por *P. falciparum* o *P. knowlesi*. La identificación correcta de *P. knowlesi*, por lo tanto, se basa habitualmente en las técnicas de diagnóstico molecular como la PCR específica.

Tratamiento: Al tratar cualquier infección por malaria si se desconoce la especie o se sospecha parasitación mixta, el tratamiento pautado debe ser efectivo para *P. fal-*

ciparum resistente a cloroquina. La malaria sin criterios de gravedad puede tratarse por vía oral de forma ambulatoria o con ingreso durante las primeras 24-48h para observación (especialmente en grupos de riesgo como los niños, embarazadas y pacientes inmunodeprimidos). La malaria grave (en la gran mayoría de los casos asociada a *P. falciparum*) requiere ingreso, medidas de soporte y medicación parenteral (derivados de la artemisinina o quinina) al ser una urgencia médica. Se considera que un paciente presenta una malaria grave si se objetiva uno o

más de las siguientes alteraciones clínicas o de laboratorio: postración, disminución del nivel de conciencia, distress respiratorio, crisis convulsivas, shock, edema pulmonar, diátesis hemorrágica, ictericia, hemoglobinuria, anemia grave, hipoglucemia, acidosis, insuficiencia renal, hiperlactatemia, hiperparasitemia ($\geq 5\%$ en paciente no inmune; $\geq 20\%$ en semi-inmune). El tratamiento de elección para los casos de *P. knowlesi* no complicados sería la cloroquina oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sane J, Guedes S, Kurkela S, *et al.* Epidemiological analysis of mosquito-borne Pogosta disease in Finland, 2009. Euro Surveill, 2010; 15 (2): pii=19462.
2. CDC. MMWR. Transfusion-related transmission of yellow fever vaccine virus- California, 2009. Morb Mortal Wkly Rep. 2010; 59 (2): 34-7.
3. Maguire JD. Overview of non-falciparum malaria. UpToDate version 17.3.
4. Lee K-S, Cox-Singh J, Singh B. Morphological Features and differential counts of Plasmodium knowlesi parasites in naturally acquired human infections. Malaria Journal, 2009, 8: 73.
5. Jongwutiwes S, Putaporntip C, Iwasaki T *et al.* Naturally acquired Plasmodium knowlesi malaria in humans, Thailand. Emerg Infect Dis 2004; 10: 2211.
6. Ng OT, Ooi EE, LeeCC *et al.* Naturally Acquired Human Plasmodium knowlesi infection, Singapore. Emerg Infect Dis 2008; 14: 814.
7. Luchavez J, Espino F, Curameng P *et al.* Human Infections with Plasmodium knowlesi, the Philippines. Emerg Infect Dis 2008; 14: 811.
8. Pérez-Molina JA, Díaz-Menendez M, Pérez-Ayala A, *et al.* Tratamiento de las enfermedades causadas por Parásitos. Enferm Infecc Microbiol clínica, 2010; 28 (1): 44-59.



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 ejercitarlos 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).

Home

Salir

Imprimir

e-mail



Comunidad de Madrid