

## Boletín epidemiológico semanal de Extremadura.

### Año 2018. Semana 10

**Edita:** Dirección General de Salud Pública.  
Servicio Extremeño de Salud.  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.  
Junta de Extremadura

**Elabora.** Subdirección de Epidemiología.

**Depósito legal:** BA-000615-2016.

#### Contenido:

- Brote de enfermedad por virus Ebola en República Democrática del Congo.
  - Situación del brote.
  - Evaluación del riesgo para España.
- Situación de las EDO en la semana del informe, en Extremadura y por Áreas de Salud.

### Brote por enfermedad por virus Ebola en RDC.

#### Situación del brote.

#### Información facilitada por el CCAES (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias).

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 Ebola, especie Zaire, mediante PCR el 7 de mayo, declarándose oficialmente el brote el día 8 de mayo de 2018.

El 15 de mayo de 2018 se confirmó el primer caso de enfermedad por virus Ebola (EVE) en la región sanitaria de Wangata, ciudad de Mbandaka, capital de la provincia de Equateur.

Esta 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 Ebola 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 carretera.

Hasta el 21 de mayo se habían 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 RDC, 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.

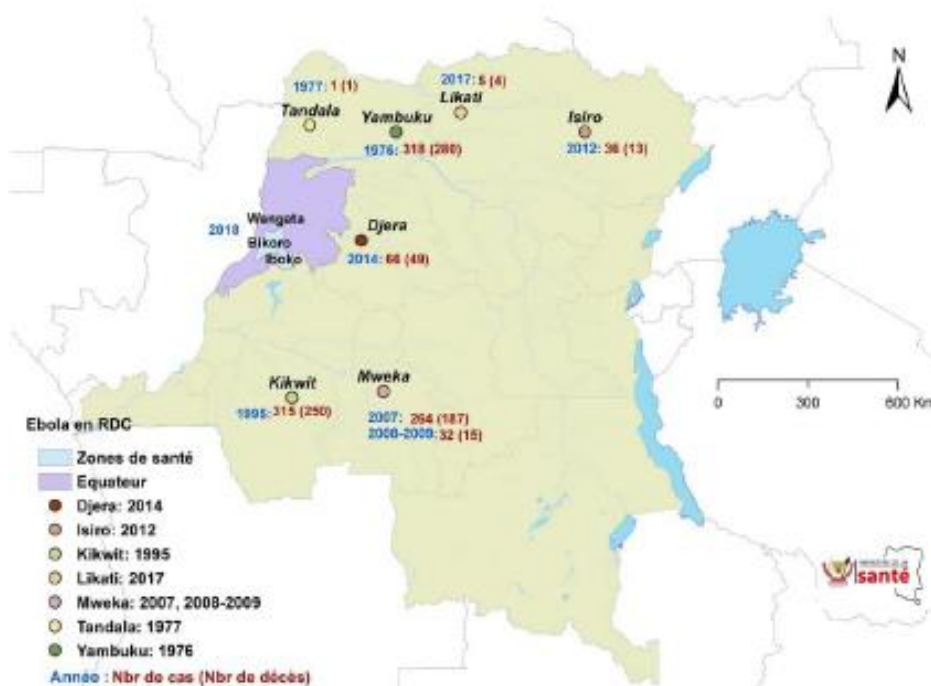
Se han establecido dos Centros de Tratamiento de casos de EVE, uno en Bikoro y otro en Mbandaka y se han puesto en marcha varias medidas de respuesta rápida de salud pública, como la búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos, manejo clínico de casos, asesoramiento e implicación de la comunidad 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 eficacia.

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 Likate, Provincia de Bas Uéle (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 Dejera, Provincia de Tshuapa, limítrofe con Equateur (figura 1).

**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).

## Evaluación del riesgo para España.

### Evaluación realizada por el CCAES (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias).

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 (ESPII).

### 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. Evola 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. Evola 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.

*(Continúa en el próximo boletín).*

## Sistema EDO. Situación en la semana del informe.

Se presentan los datos de las EDO de las que se ha notificado algún caso a lo largo del año en curso o del quinquenio anterior, a efectos de comparación; no se incluyen las EDO de las que

no se han notificado en ambos periodos, ni las de especial vigilancia, gripe e infección VIH-Sida que tiene su gestión de datos e informe específicos.

Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, en Extremadura.						
Enfermedad	Casos declarados en la semana (*)		Casos acumulados hasta la semana		Índice epidémico (*)	
	2017	2018	2017	2018	Semanal	Acumulado
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año en el último año natural)						
Varicela	17	28	227	220	1,27	0,83
Salmonelosis (excluye F. Tif. y Paratifoidea)	5	6	44	64	1,20	1,60
Campilobacteriosis	7	10	44	45	1,43	1,02
Herpes zoster	5	11	53	61	nc	3,59
Chlamydia trachomatis	0	5	14	16	nc	1,23
Tuberculosis (de cualquier localización)	1	1	10	17	0,50	1,70
Parotiditis	6	5	185	24	2,50	4,00
Sífilis (excluye sífilis congénita)	2	4	12	21	2,00	1,62
Infección Gonocócica	1	0	4	7	nc	1,75
Enfermedad Neumocócica Invasora	0	1	9	18	nc	2,57
Giardiasis	0	1	4	3	nc	0,60
Tos ferina	1	0	2	3	nc	1,50
Hepatitis C	2	0	3	0	nc	0,00
Hepatitis A	2	0	19	3	nc	1,00
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año en el último año natural)						
Legionelosis	0	0	1	1	nc	0,50
Yersiniosis	0	0	3	4	nc	1,33
Hepatitis B	0	0	0	0	nc	0,00
Criptosporidiosis	0	0	0	1	nc	nc
Hidatidosis	0	0	1	0	nc	0,00
Listeriosis	0	0	3	0	nc	0,00
Enfermedad Meningocócica	0	0	1	4	nc	4,00
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año en el último año natural)						
Paludismo	0	0	0	0	nc	nc
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0	0	nc	nc
Fiebre Q	0	0	0	0	nc	nc
Carbunco	0	0	0	0	nc	nc
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	3	2	nc	2,00
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	nc	nc
Brucelosis	0	0	0	0	0,0	nc
Leishmaniasis	0	0	1	3	nc	3,00
Leptospirosis	1	0	1	0	nc	nc
Shigelosis	0	0	0	0	nc	nc
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	nc	nc
Infección por E. Coli.	0	0	0	0	nc	nc
Leprosia	0	0	0	0	nc	nc
Encefalopatía Espongiforme Transmisible Humana	0	0	0	1	nc	nc
Sarampión	0	0	0	0	nc	nc

(\*) Notas: - Casos notificados en la semana NO corregidos por retraso de notificación.

- El índice epidémico se calcula sobre la mediana de casos, del periodo, de los cinco años anteriores; en las enfermedades sin datos históricos, se ha calculado directamente sobre los datos del año anterior. Valores superiores a 1 indican incidencia superior a la esperada, y viceversa.

- nc: índice epidémico no calculable por ser el denominador "cero".

**Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud (I).**  
**Casos notificados en la semana del informe.**  
**(No corregidos por retraso de notificación).**

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
<b>EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año en el último año natural)</b>									
Varicela	3	5	1	10	2	7	0	0	28
Salmonelosis (excluye F. tifoidea y paratifoidea)	2	0	0	1	3	0	0	0	6
Campilobacteriosis	3	4	0	0	3	0	0	0	10
Herpes zoster	0	3	3	3	2	0	0	0	11
Chlamydia trachomatis	4	1	0	0	0	0	0	0	5
Tuberculosis (de cualquier localización)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Parotiditis	2	1	0	1	0	1	0	0	5
Sífilis (excluye sífilis congénita)	1	2	0	1	0	0	0	0	4
Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Neumocócica Invasora	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Giardiasis	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año en el último año natural)</b>									
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año en el último año natural)</b>									
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por E. Coli.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalopatía Espongiforme Transmisible Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Listado de números de teléfonos y de fax de contacto, de las Direcciones de Salud de Área del SES:**

Área	Badajoz	Cáceres	Coria	Don Benito	Mérida	Llerena	Navalmoral	Plasencia
Teléfono	924 215 250	927 004 203	927 149 227	924 382 850	924 382 435	924 029 292	927 538 252	927 428 368
Fax	924 215 218	927 004 292	927 149 221	924 802917	924 382 453	924 029 198	927 538 259	927 428 418

**Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud (II).  
Casos ACUMULADOS, notificados en lo que va de año, hasta la semana del informe  
(Corregidos por retraso de notificación).**

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año en el último año natural).									
Varicela	21	30	3	57	8	62	0	39	220
Salmonelosis (excluye F. tifoidea y paratifoidea)	16	3	1	10	9	23	0	2	64
Campilobacteriosis	7	8	1	0	10	18	0	1	45
Herpes zoster	5	21	8	5	11	5	3	3	61
Chlamydia trachomatis	12	3	0	1	0	0	0	0	16
Tuberculosis (de cualquier localización)	6	1	1	0	1	4	0	4	17
Parotiditis	7	9	0	2	0	4	0	2	24
Sífilis (excluye sífilis congénita)	6	9	0	1	0	3	0	2	21
Infección Gonocócica	3	1	0	1	0	2	0	0	7
Enfermedad Neumocócica Invasora	4	2	0	0	1	0	0	11	18
Giardiasis	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Tos ferina	1	1	0	0	0	1	0	0	3
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	0	0	3	0	0	3
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año en el último año natural)									
Legionelosis	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Yersiniosis	1	1	0	0	0	2	0	0	4
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Hidatidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	1	0	0	0	0	2	0	1	4
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año en el último año natural)									
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por E. Coli.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalopatía Espongiforme Transmisible Humana	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Boletín Epidemiológico Semanal de Extremadura**  
Depósito legal: BA-000615-2016

Equipo de redacción: Julián-Mauro Ramos Aceitero, M<sup>a</sup> del Mar Lopez-Tercero Torvisco, M<sup>a</sup> del Carmen Serrano Martín, Carmen Rojas Fernández, Beatriz Caleyá Olivas. Apoyo administrativo: Estíbaliz Piñero Bautista. Apoyo informático: Cecilia Gordillo Romero.

Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Salud Pública. Subdirección de Epidemiología.

Avda. de las Américas, nº 2 – 06800 – Mérida (Badajoz).

Telf.: 924 38 21 73. Fax: 924 38 25 09. Correo-e: [vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es](mailto:vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es)

**JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales