

Boletín epidemiológico semanal de Extremadura.

Año 2019. Semana 2.

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

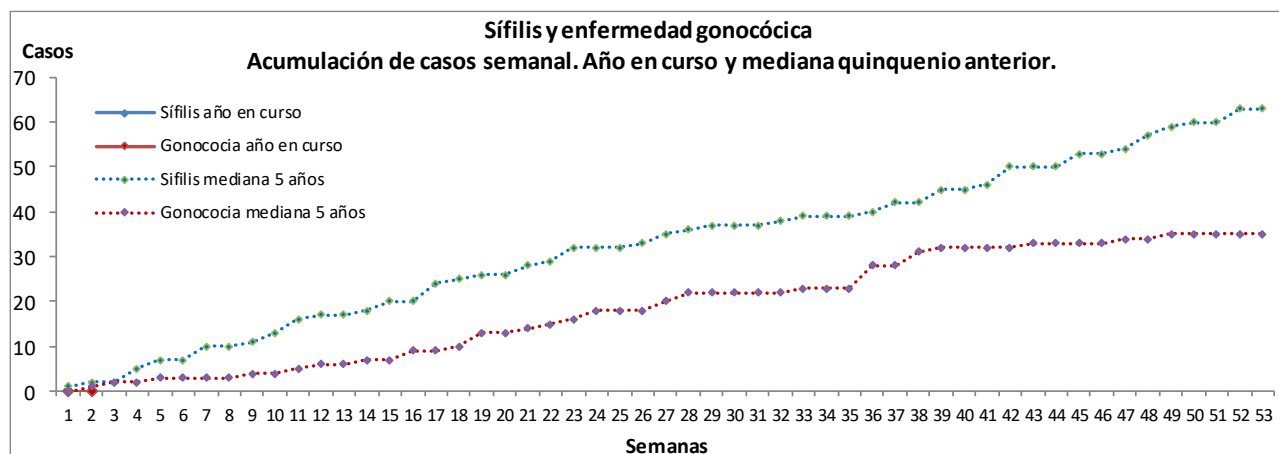
Elabora. Subdirección de Epidemiología.

Depósito legal: BA-000615-2016.
ISSN: 2605 – 2539.

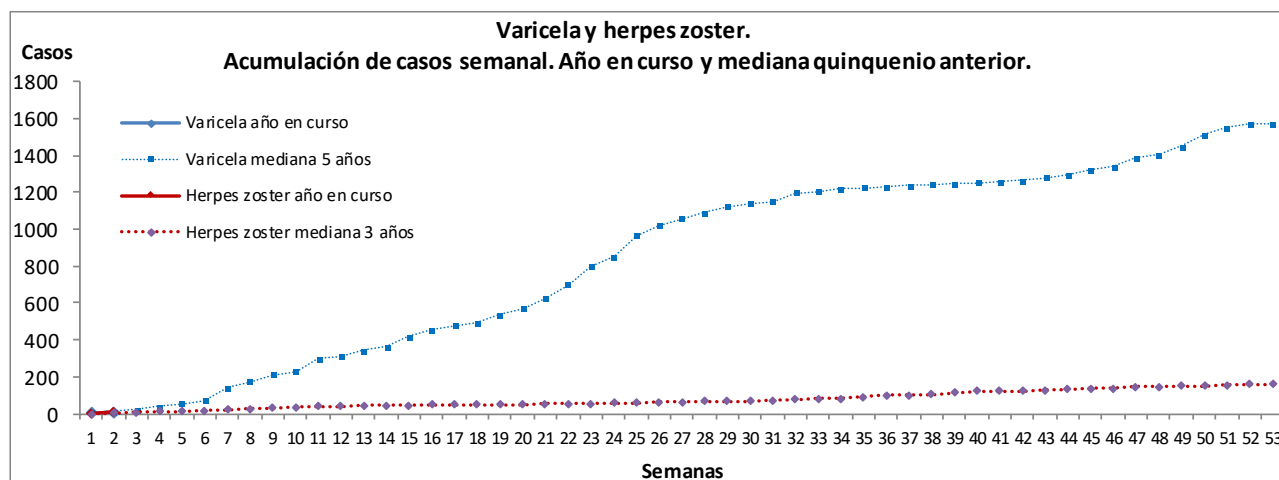
Contenido:

- Evolución semanal de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Evolución semanal de varicela y herpes zoster.
- Paludismo (I).
- Sistema EDO. Situación en la semana del informe.

Evolución semanal de las infecciones de transmisión sexual (ITS).



Evolución semanal de varicela y herpes zoster.



Paludismo (I).

Descripción de la enfermedad.

Introducción.

El paludismo es una enfermedad causada por protozoos del género *Plasmodium* y transmitida por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles sp.* Es la más importante de todas las enfermedades parasitarias. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008 hubo 243 millones de casos de paludismo, la gran mayoría (85%) en África, seguida por el Sudeste Asiático (10%) y el Mediterráneo Oriental (4%).

La enfermedad causó cerca de 900.000 muertes prevenibles, en su mayoría niños africanos, lo cual hace del paludismo una de las principales causas mundiales de muerte.

El paludismo es una enfermedad febril aguda, siendo los síntomas iniciales inespecíficos. Suele presentar un cuadro clínico muy diverso con lo que puede resultar difícil reconocer el origen palúdico con los síntomas iniciales: fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos y diarrea.

Si no se trata adecuada y tempranamente, el paludismo por *P. falciparum* puede agravarse y complicarse en pocas horas, llevando a menudo a la muerte.

Los niños de zonas endémicas con enfermedad grave suelen manifestar una o más de las siguientes presentaciones sindrómicas: anemia grave, sufrimiento respiratorio relacionado con la acidosis metabólica o paludismo cerebral.

En el adulto no inmune también es frecuente la afectación multiorgánica.

Las personas parcialmente inmunes o que han realizado quimioprofilaxis suelen presentar cuadros clínicos atípicos.

El cuadro clínico típico se caracteriza por fiebre intermitente con escalofríos que generalmente se acompaña de cefalea, náuseas y sudoración profusa. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y diaforesis todos los días (*P. falciparum*), en días alternos o cada tercer día. Suele presentarse anemia, esplenomegalia y en ocasiones hepatomegalia, aunque no siempre se observa este cuadro clínico

Cada especie de *Plasmodium* puede originar una sintomatología más específica:

- *P. falciparum*: es el que produce enfermedad más grave y con mayor morbimortalidad. Las complicaciones más frecuentes pueden ser encefalopatía aguda (paludismo cerebral), convulsiones, confusión mental, coma, anemia grave, ictericia e insuficiencia renal (hemoglobinuria palúdica) y fallo multiorgánico. La tasa de letalidad en niños no tratados y en adultos no inmunes puede oscilar entre el 10 y el 40%.

- *P. vivax* y *ovale*: un ataque primario no tratado puede durar desde una semana hasta un mes y acompañarse de postración, anemia y esplenomegalia. Pueden darse recaídas después de periodos sin parasitemia y hasta cinco años después de la primoinfección. Se ha descrito ocasionalmente rotura esplénica.

- *P. malariae*: cuadro clínico leve e incluso con parasitemia asintomática crónica, aunque puede provocar una nefritis que evolucione a síndrome nefrótico.

- *P. knowlesi*: clínica similar a *P. falciparum* con elevada letalidad y parasitemia. Puede producir insuficiencia hepatorenal grave.

El paludismo está erradicado en España desde 1964. En 2010 se produjo un caso de paludismo introducido; la OMS define estos casos como "El primer caso de infección adquirida localmente desde un caso importado".

Por otra parte, también se han producido casos de transmisión iatrogénica.

No obstante, la mayoría de los casos son importados. Estos son cada vez más frecuentes en nuestro país debido al aumento de los viajes a países endémicos (inmigración, turismo, cooperación o negocios), así como por inmigrantes que vuelven a esas zonas para visitar a sus familias y no adoptan medidas de protección.

La resistencia a los fármacos antipalúdicos plantea problemas cada vez mayores en la mayor parte de las zonas palúdicas, solo comparables a los planteados por la resistencia del mosquito vector a los insecticidas.

Agente.

Existen cinco especies de Plasmodium:

- *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax* y *P. knowlesi*.

- *P. falciparum* predomina en África Subsahariana y Sudeste Asiático y produce infecciones más graves, es el responsable de la mayoría de las muertes ocasionadas por esta enfermedad.

- *P. vivax* es el más extendido en India y América Latina (a excepción de Haití y República Dominicana).

- *P. malariae* causa las infecciones menos graves, pero más persistentes, y al igual que *P. ovale*, está principalmente presente en África subsahariana.

- *P. knowlesi*, un protozoo propio de monos ha producido casos humanos en Extremo Oriente.

En zonas endémicas no son raras las infecciones mixtas.

Reservorio.

El hombre es el único reservorio importante de paludismo humano, aunque recientemente se ha descrito la presencia de *Plasmodium* humanos en primates (*P. vivax*, *P. malariae* y *P. falciparum*). De igual forma se han descrito infecciones en humanos por *Plasmodium* característicos de monos (*P. knowlesi*).

Modo de transmisión.

La transmisión se produce por la picadura de una hembra anofelina infectante de alimentación nocturna.

También puede haber transmisión por vía parenteral (agujas contaminadas, transfusión de sangre y hemoderivados), trasplante y transmisión vertical.

En España se han descrito al menos 15 especies de mosquitos del género *Anopheles*. El Complejo *maculipennis*, al que pertenece *Anopheles atroparvus*, era el vector natural del paludismo en España cuando la enfermedad era endémica. Es un vector eficiente para el desarrollo del *P. vivax*.

Sin embargo, estudios recientes han mostrado que las especies de este complejo son refractarias a cepas africanas de *P. falciparum*, pero se desconoce su capacidad vectorial para cepas procedentes de otras regiones endémicas o para otras especies de *Plasmodium*.

Actualmente el vector está ampliamente repartido por España, debido a que las condiciones medioambientales son favorables para su cría, desarrollo y permanencia.

Por ello, se define la situación actual como de "anofelismo sin paludismo".

Periodo de incubación.

El período de incubación depende de la especie de Plasmodium:

- *P. falciparum*: 9-14 días,

- *P. vivax* y *ovale*: 12-18 días y

- *P. malariae*: 18-40 días.

Con algunas cepas de *P. vivax*, principalmente en las zonas templadas, puede haber un período de incubación más largo, de 8 a 10 meses, e incluso mayor en el caso de *P. ovale*.

Cuando la infección se debe a una transfusión de sangre, los períodos de incubación dependen del grado de parasitemia, desde pocos días a dos meses.

Las personas que han tomado quimioprofilaxis pueden presentar un cuadro clínico atípico y un periodo de incubación prolongado.

Periodo de transmisibilidad.

El periodo de transmisibilidad es variable. Se ha relatado transmisión después de algunos años en paludismos por *P. malariae*, hasta 5 años por *P. vivax* y no más de un año con *P. falciparum*.

En población procedente de zonas endémicas, que tienen cierto grado de inmunidad frente a la enfermedad, se ha observado la presencia del parásito, incluido *P. falciparum*, muchos años después de no haber visitado zonas endémicas.

Esto supone que el periodo de transmisibilidad puede ser muy prolongado en el tiempo si no hay cura radical y que los pacientes no tratados o insuficientemente tratados pueden ser fuente de infección para los vectores durante varios años.

Susceptibilidad.

La susceptibilidad es universal. En comunidades con alta endemia donde la exposición es continua durante muchos años, los adultos muestran tolerancia o resistencia a la enfermedad.

Esta resistencia, o semiinmunidad, se pierde al abandonar la zona endémica y permanecer algunos años sin contacto con el parásito, como ocurre con los inmigrantes residentes en Europa que vuelven de vacaciones a sus países de origen.

La mayoría de los africanos de raza negra muestran resistencia natural a la infección por *P. vivax*, tal vez relacionada con la ausencia del factor Duffy en sus eritrocitos. Las personas con rasgos drepanocíticos tienen una parasitemia relativamente pequeña cuando se infectan con *P. falciparum*.

Sin embargo, las personas con drepanocitosis u homocigóticas suelen presentar cuadros más graves, ya que el paludismo desencadena crisis drepanocíticas con la consiguiente anemia intensa y obstrucción de la microcirculación periférica.

Vigilancia:

El paludismo es una enfermedad sometida a vigilancia especial por la OMS, de declaración individualizada.

Independientemente de que pueda representar una urgencia clínica para el paciente, todos los casos que cumplan los criterios de “probable” o “confirmados”, han de ser notificados de manera sistemática en el momento de su conocimiento (de la sospecha, sin esperar al diagnóstico de confirmación), a la Dirección de Salud de Área, por el profesional que lo conozca.

En caso de transmisión iatrogénica (paludismo inducido), sospecha de paludismo introducido o sospecha de infección adquirida localmente, o brote, la comunicación ha de ser inmediata a la Dirección de Salud de Área por la vía más rápida (teléfono, fax) y en todo caso dentro de las 24 horas siguiente a su detección.

Si la notificación se hiciera fuera del horario laboral habitual, se realizará a través del teléfono único de urgencias y emergencias de Extremadura 112.

Diagnostico microbiológico:

El diagnóstico debe de ser confirmado por laboratorio con la intención de conocer la especie de Plasmodium infectante.

A tal fin, y si dicha confirmación no pudiera realizarse con medios propios, los Servicios de Microbiología de los hospitales del Sistema Sanitario Público deben enviar las cepas aisladas al laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología (CNM) del Instituto de Salud Carlos III.

Medidas de salud pública.

Medidas preventivas.

En nuestro país, las medidas preventivas para esta enfermedad van dirigidas principalmente a proteger a los viajeros que visitan zonas con endemia palúdica (incluyendo los emigrantes de zonas endémicas y sus hijos residentes en zonas no endémicas cuando vuelven de visita a sus países) y se basan fundamentalmente en reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y la administración de quimioprofilaxis cuando está indicada.

Las mujeres embarazadas no deben visitar zonas palúdicas, salvo que sea ineludible. El paludismo en la gestación aumenta el riesgo de muerte materna, aborto, muerte fetal y muerte neonatal.

Para obtener información actualizada sobre el riesgo y las medidas a adoptar de cara a viajes internacionales, se debe consultar con los Centros de vacunación internacional. Estas medidas han de establecerse de manera individualizada según el riesgo, las cepas potenciales y las características personales.

Protección antimosquitos.

En zonas endémicas, se recomienda utilización de repelentes tópicos entre el anochecer y el amanecer en las partes descubiertas del cuerpo y sobre la ropa. Son de eficacia probada los repelentes a base de DEET (N, N-dietil-m-toluamida). Su uso está permitido en niños mayores de 2 años y en embarazadas en concentraciones inferiores al 10%. También se puede utilizar Icaridin-Propidina y el conocido como IR3535.

La eficacia depende de la concentración del principio activo contenido en la forma comercial. Estos productos son tóxicos por ingestión y debe ponerse especial cuidado en que no contacten con las mucosas oculares o bucales, principalmente en los niños. La utilización de telas mosquiteras metálicas en las ventanas y

La utilización de telas mosquiteras metálicas en las ventanas y puertas, y por la noche, de difusores de insecticidas a base de piretroides, son otras medidas de probada efectividad.

En ausencia de aire acondicionado en las habitaciones y si los mosquitos pueden penetrar en las mismas, se recomienda la utilización de mosquiteros impregnados con piretroides.

Quimioprofilaxis.

La elección de profilaxis frente al paludismo se debe individualizar para cada paciente y depende, entre otros factores, del destino e itinerario.

La quimioprofilaxis está en función de las zonas a visitar, de la intensidad o facilidad de la transmisión y de la frecuencia o ausencia de resistencias.

Anualmente, la OMS publica un manual de referencia sobre Viajes Internacionales y Salud donde se actualizan las diferentes zonas de riesgo y las pautas normas adecuadas de quimioprofilaxis, disponible en:

<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/situacionSanitaria/home.jsp>

<http://www.who.int/ith/updates/20110427/en/index.html>

El objetivo de la quimioprofilaxis individualizada y correctamente seguida es evitar la gravedad y las complicaciones, puesto que no garantiza una protección total. Por ello, la protección frente a la picadura de mosquitos sigue siendo de gran importancia.

Es importante recordar que todos los medicamentos profilácticos se deben tomar regularmente durante toda la estancia en el área

de riesgo de paludismo, y continuar durante 4 semanas después de abandonar la zona endémica. La única excepción es la quimioprofilaxis con atovaquona-proguanil, que puede ser detenida una semana después del regreso.

Otras medidas de salud pública: Las personas que hayan visitado o residido en áreas endémicas de paludismo en principio NO deben ser aceptadas como donantes hasta que haya transcurrido un período de 6 meses a 3 años de su llegada (en función de la duración de la estancia y la presentación o no de síntomas de paludismo).

Las personas que han vivido durante los 5 primeros años de su vida en áreas palúdicas, es probable que tengan suficiente inmunidad para convertirse en portadores asintomáticos del parásito. Por dicha razón, las personas nacidas en países donde el paludismo es endémico NO deben ser aceptadas como donantes hasta que hayan transcurrido, al menos, 3 años de su llegada y siempre que durante este periodo hayan permanecido libres de síntomas de paludismo.

Las personas que hayan visitado un área donde el paludismo es endémico, pueden ser aceptadas como donantes 6 meses después, siempre que no haya presentado síntomas.

Las personas que hayan permanecido más de 6 meses en área endémica serán excluidas durante 3 años.

Los donantes diagnosticados de paludismo en el pasado serán excluidos de la donación hasta transcurridos 3 años sin tratamiento y siempre que se encuentren libres de síntomas de la enfermedad.

Si existiera alguna duda acerca de si una determinada zona es endémica, o de si el donante debe ser excluido o no, se puede aprovechar la donación sólo para plasma, ya que el parásito sólo se transmite por componentes celulares.

(Continúa en el siguiente 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 año anterior, a efectos de comparación.

No se incluyen las EDO de las que no se han notificado casos 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.

Ordenadas por orden de frecuencia en el año 2018.

Enfermedad	Casos declarados en la semana (*)		Casos acumulados hasta la semana		Índice epidémico (*)	
	2018	2019	2018	2019	Semanal	Acumulado
Varicela	6	6	10	10	0,60	0,91
Salmonelosis (excluye F. Tif. y Paratifoidea)	14	0	23	3	0,0	0,33
Herpes zoster	6	6	12	12	1,71	2,67
Campilobacteriosis	7	1	8	4	0,20	0,53
Parotiditis	1	1	2	2	nc	nc
Sífilis (excluye sífilis congénita)	0	0	0	0	nc	nc
Tuberculosis (de cualquier localización)	3	3	3	3	3,00	3,00
Infección Gonocócica	0	0	2	0	nc	0,00
Chlamydia trachomatis	1	0	3	0	0,0	0,00
Enfermedad Neumocócica Invasora	1	1	1	1	2,00	2,00
Hepatitis A	0	0	0	0	nc	nc
Giardiasis	0	1	0	1	1,00	1,00
Criptosporidiosis	0	0	0	0	nc	nc
Hepatitis C	0	0	0	0	nc	nc
Yersiniosis	0	0	0	0	0,0	0,00
Hidatidosis	0	0	0	0	nc	nc
Hepatitis B	0	1	0	1	nc	nc
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	0	0	0	0	nc	nc
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	nc	nc
Tos ferina	1	1	1	1	nc	nc
Legionelosis	0	0	0	0	nc	nc
Listeriosis	0	0	0	0	nc	nc
Paludismo	0	0	0	0	nc	nc
Leishmaniasis	0	0	0	0	nc	nc
Encefalopatía Espong. Transmisible Humana	0	0	0	0	nc	nc
Enfermedad Meningocócica	0	0	1	0	nc	nc
Fiebre Q	0	0	0	0	nc	nc
Brucelosis	0	0	0	0	0,0	nc
Carbunco	0	0	0	0	nc	nc
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	nc	nc
Shigelosis	0	0	0	0	nc	nc
Sífilis congénita	0	0	0	0	nc	nc
Tétanos	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).
Ordenadas por orden de frecuencia en el año 2018.

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
Varicela	4	0	0	2	0	0	0	0	6
Salmonelosis (excluye F. Tif. y Paratifoidea)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes zoster	2	1	0	0	0	3	0	0	6
Campilobacteriosis	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Parotiditis	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sífilis (excluye sífilis congénita)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis (de cualquier localización)	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydia trachomatis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Neumocócica Invasora	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Criptosporidiosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalopatía Espong. Transmisible Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	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 en el año hasta la semana del informe, corregidos por retraso de notificación.
Ordenadas por orden de frecuencia en el año 2018.

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
Varicela	6	0	0	4	0	0	0	0	10
Salmonelosis (excluye F. Tif. y Paratifoidea)	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Herpes zoster	4	1	0	1	2	3	1	0	12
Campilobacteriosis	1	0	0	0	2	1	0	0	4
Parotiditis	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Sífilis (excluye sífilis congénita)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis (de cualquier localización)	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chlamydia trachomatis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Neumocócica Invasora	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Criptosporidiosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalopatía Espong. Transmisible Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	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^a del Mar Lopez-Tercero Torvisco, Carmen Rojas Fernández, Beatriz Caleyá Olivas. Apoyo administrativo: Estibaliz 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).

Tel.: 924 38 21 73. Fax: 924 38 25 09. Correo-e: vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales