

Informe Epidemiológico

Informe Epidemiológico

Cólera

Provincia de Buenos Aires
Año 2010

Semana Epidemiológica : Semana epidemiológica 44
Fecha de Notificación : Noviembre del 2010
Código CIE - 10 : A00
Redacción Informe : Dirección de Epidemiología de la Provincia de Bs. As.

Cólera

Descripción: Enfermedad bacteriana intestinal aguda que en su forma grave tiene comienzo repentino, diarrea acuosa y profusa, vómitos ocasionales, deshidratación rápida, acidosis, colapso circulatorio e insuficiencia renal. Son comunes los casos con diarreas y deshidratación leve.

Agente: *Vibrio cholerae* serogrupo O1, biotipo El Tor y Clásico, serotipos Inaba, Ogawa o Hikojima y *V.cholerae* O 139 (no O1).

Reservorio Habitualmente es el hombre. Varios estudios han sugerido la posibilidad de reservorios ambientales.

Período de incubación: De horas a 5 días. La mayoría de los casos de 2 a 3 días.

Transmisibilidad: A través de la ingestión de agua o alimentos contaminados, en forma directa o indirecta, por heces o vómitos de enfermo o portador. La ocurrencia de asintomáticos adquiere importancia por su papel en la transmisión de la enfermedad. Existen portadores crónicos que eliminan *V.cholerae* de forma intermitente por largo tiempo (meses).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE COLERA

Distribución

Las epidemias y pandemias de cólera se relacionan estrechamente con el consumo de agua de mala calidad, higiene y saneamiento deficientes y hacinamiento de la población. El medio característico de presentación son las barriadas marginales, que carecen de infraestructura sanitaria básica. También puede presentarse brotes epidémicos en forma estacional en las regiones de África y Asia donde la enfermedad es endémica.

Los desastres naturales o causados por el hombre, que generan migraciones masivas al igual de los campos de refugiados, conducen a brotes epidémicos explosivos con una elevada letalidad.

En el año 2002, 52 países notificaron oficialmente 142.311 casos y 4.564 defunciones con una tasa de letalidad global 3.2 %.

En el año 2009, 45 países notificaron 221.226 casos y 4.946 defunciones según la OMS. El 99% de los casos de cólera se notificaron en África.

La séptima pandemia se inició en 1961 en el continente Asiático, llegó a América del Sur (Perú), en enero de 1991, ocasiono epidemias explosivas a lo largo de la costa peruana.

Se introdujo en el mes de febrero de 1992 en Argentina, a través de las provincias de Salta y Jujuy por su frontera con Bolivia. Desde entonces se sucedieron períodos de silencio con brotes epidémicos. En áreas epidémicas son mas afectados los hombres mayores de 15 años por aumentar la posibilidad de contactar con el microorganismo debido al desplazamiento laboral; en las áreas endémicas los más afectados son los más jóvenes.

En 1994 se había registrado aproximadamente un millón de casos de cólera en América Latina.

Durante el año 2009 en la Región de las Américas, se registraron casos en Canadá, Estados Unidos y Paraguay. En este último país se registró transmisión autóctona de *Vibrio cholerae* O:1, con cinco casos notificados sin ninguna defunción. El brote estuvo relacionado a contaminación de fuente de agua. En Estados Unidos y Canadá se registraron un total de 12 casos.

Durante los últimos 20 años, después de la reemergencia del cólera en las Américas, la incidencia más alta de casos se registra en África.

En efecto, durante el 2010, se han presentado varios brotes de cólera en Angola, Etiopía, Somalia, Sudan, norte de Vietnam y Zimbawe. La mayoría de los países afectados registraron una tasa de letalidad inferior al 5%.

Al 31 de octubre de 2010, se diagnóstica cólera en Haití. El número de pacientes afectados asciende a 4714 con 330 defunciones. Los casos confirmados se registran en los departamentos de Artibonite, Central y Ouest. Casos sospechosos se registran en otros dos departamentos, Soud y Nord.

Ante esta situación y dado el riesgo de reintroducción del cólera a otros países de la Región, es que se recomienda redoblar los esfuerzos de vigilancia, actualizar los planes de preparación y respuesta e implementar las medidas de prevención y promoción de la salud.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Antecedentes

La última epidemia de cólera en Argentina se inició en 1992, y finalizó en 1999. Se notificaron un total de 4.834 casos, el último de ellos en la provincia de Santa Fe. El comportamiento fue estacional y epidémico, coincidiendo los incrementos con los meses estivales. La mayoría de los casos ocurrieron en la región noroeste. Entre 2000 y 2010 se registraron 2 casos aislados de esta enfermedad, y la investigación de casos sospechosos se mantiene en todo el país.

Definición de casos

La notificación inmediata de todo caso sospechoso desde el nivel local al nivel periférico y central.

Caso sospechoso: en zonas sin casos de cólera: toda diarrea brusca, acuosa y profusa con deshidratación en mayores de 5 años de edad, o toda persona con síndrome gastroenterocolítico que provenga de zona endémica o epidémica.

Caso confirmado: caso sospechoso confirmado por laboratorio

Caso importado: cuando existe antecedente de haber viajado 5 días antes del inicio de la diarrea, a un país epidémico o endémico.

Vigilancia y notificación

La vigilancia es clínica y de laboratorio y la notificación debe ser **inmediata e individual** a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, modulo C2 y SIVILA, con búsqueda activa
Notificación negativa en aquellas áreas que se constituyan en proveedora de casos.

Información necesaria: en planilla C2: semana, edad, sexo, lugar.

En fichas especiales para cólera se darán mayores especificaciones:

-Lugar de notificación es el lugar de diagnóstico (internación, atención ambulatoria)

-Lugar de estudio de foco: procedencia o residencia habitual

-Lugar probable de infección, en caso de itinerantes para el mapeo de riesgo.

En los niveles locales realizar monitoreo de casos de diarreas en adultos y niños, de acuerdo a las normas de Vigilancia de Diarreas.

La sospecha, independientemente del resultado de laboratorio, **debe disparar las medidas de control** ambiental, del paciente y de los contactos, éstos últimos deberán ser identificados así como la fuente de infección.

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

Debido a que la transmisión se da por infección fecal-oral se sugieren las siguientes medidas:

- Lavado de manos con agua y jabón o alcohol glicerinado antes y después del contacto con el paciente.
- Uso de guantes y batas para contacto próximo con los pacientes y para contacto con excreciones o secreciones.
- Aislamiento de pacientes en habitación individual o cohorte.
- Separación entre camas de más de un metro.
- Limpieza de desechos y materia orgánica con hipoclorito de sodio (lavandina o lejía) dilución (1:10).
- Limpieza del ambiente con hipoclorito de sodio (lavandina o lejía) dilución (1:100).

Se recomienda adoptar un enfoque multidisciplinario coordinado para la prevención, la preparación y la respuesta, el cual debe estar apoyado por un sistema de vigilancia oportuno y eficaz. Los sectores claves que deben intervenir son:

- Atención de salud
- Abastecimiento de agua y saneamiento
- Pesca y agricultura
- Educación
- Asociaciones de profesionales, Organizaciones no Gubernamentales y asociados internacionales presentes en el país.
- Abastecimiento de agua y saneamiento

La medida más sostenible para proteger a las poblaciones del cólera y otras enfermedades diarreicas epidémicas transmitidas por el agua sigue siendo el mejoramiento del abastecimiento de agua y el saneamiento. Sin embargo, este planteamiento puede resultar poco realista para aquellas poblaciones más pobres de nuestra Región.

Viajes y comercio internacional

La experiencia ha demostrado que medidas tales como la cuarentena para limitar el movimiento de personas y el embargo de mercancías resultan innecesarias e infectivas para controlar la dispersión del cólera. Por lo tanto, no se justifica la restricción del movimiento de personas y la imposición de restricciones a la importación de alimentos producidos de conformidad con las prácticas adecuadas de fabricación, basándose exclusivamente en el hecho de que el cólera es epidémico o endémico en un país determinado.

Medidas de Control

Ámbito individual:

- en caso de hospitalización respetar las medidas de bioseguridad establecidas para cualquier enfermedad entérica.
- toma de muestra de materia fecal y/o vómitos para aislamiento de *V. cholerae*
- entrevista con paciente investigando posibles fuentes de contagio (alimentos)
- toma de muestra a contactos si corresponde por síntomas.

Ámbito comunitario:

- realizar el control de foco encuestando contactos
- obtener mejores datos y garantizar un mayor intercambio de información;
- adoptar un enfoque multisectorial coordinado.
- mejorar el saneamiento y la eliminación de aguas residuales;
- lograr el compromiso político y la participación de la comunidad.

Quimioprofilaxis

Ante un caso sospechoso en área no epidémica ni endémica, esperar el cultivo positivo para realizar quimioprofilaxis a los contactos, denominándose como tal a las personas que viven bajo el mismo techo y/o que hayan compartido alimentos con un enfermo en los últimos 5 días.

Ante un caso sospechoso en área epidémica o endémica, realizar la quimioprofilaxis a contactos después de la evaluación epidemiológica. a los contactos:

- Tetraciclina

en adultos, 2g por día durante 3 días (distribuidas en 4 tomas)

en niños mayores de 9 años, 50mg/Kg por día

- Doxiciclina

En adultos, una dosis única de 300mg Ampicilina

En embarazadas, 2 gramos por día distribuidas en 4 tomas, 5 días.

En menores de 1 año, 100 mg/kg c/6 horas durante 5 días.

- Trimetoprima-sulfametoxazol

En niños de 6 meses a 2 años, 8/40mg/kg/día dividido en 2 tomas durante 3 días

- Eritromicina

En niños 50 mg / Kg /día dividido en 4 tomas durante 3 días

En adulto, 1 gr. / día dividido en 4 tomas durante 3 días

- provisión de sales de rehidratación oral (SRO) a la comunidad

- desinfección concurrente, tratamiento con lavandina, desinfección terminal.

El control del movimiento de personas o del comercio no se justifica ya que no evita la introducción del cólera en un país. Este tipo de imposiciones dificulta la información e impide la colaboración bilateral.

Vacunas:

Como medida de Salud Pública, ninguna vacuna es recomendada.

En brotes seguir los pasos de investigación epidemiológica de brotes.

RECOMENDACIONES PARA LA COMUNIDAD

- Lavarse las manos con abundante agua y jabón.
- Lavar con agua y lavandina (mezclar 1/2 pocillo de lavandina cada 10 litros de agua y usar inmediatamente)
- Si no se cuenta con agua corriente hervir el agua durante 5 minutos (o más tiempo) o agregue 2 gotas de lavandina concentrada por litro de agua y espere 30 minutos antes de utilizarla, o usar pastillas potabilizadoras
- Proteja los alimentos de cualquier contacto con las moscas y cucarachas ya que ellas son transmisoras del cólera y otras enfermedades.
- Cocinar bien los alimentos y consumirlos inmediatamente.
- Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados.
- Si tiene letrina, proceda a su limpieza y desinfección con lavandina cada vez que sea utilizada, y manténgala tapada para evitar que tomen contacto las moscas y cucarachas.
- No acumule basura. Manténgala en bolsas y recipientes con tapas, evitando lugares propicios para la cría de moscas y cucarachas.
- Es necesario ser cuidadoso en la manipulación y tratamiento de pañales con heces.
- Evite consumir hielo al agua de bebida para enfriarla, si duda del origen del agua
- El agua gasificada y las gaseosas recién abiertas son siempre seguras

Referencias:

-OPS Alerta Epidemiológica 24 de octubre de 2010

-Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria
Ministerio Salud Presidencia de la Nación