

Sumario

Estudio de un brote de diarrea en un grupo de turistas que viajaron a la India. Relación con dos casos de cólera 121

Clasificación de los casos sospechosos de sarampión 123

Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria 124

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 128

Estudio de un brote de diarrea en un grupo de turistas que viajaron a la India. Relación con dos casos de cólera

A. Villaverde¹, A. Martín², A. Barrasa¹, EV. Martínez², C. Varela², G. Hernández², F. Simón³, D. Herrera³, S. de Mateo Ontañón¹.

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

² Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

³ Unidad de Alertas, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

El cólera es una enfermedad diarreica transmisible causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*. Tiene un periodo de incubación corto, desde cinco horas a cinco días. *V. cholerae* invade la pared intestinal y allí secreta la toxina que promueve la secreción de cloro y agua por las células de la cripta intestinal; generalmente la infección es leve y autolimitada, pero puede producir cuadros graves, diarrea acuosa profusa, náuseas y vómitos, que pueden conducir con rapidez a una deshidratación intensa y a la muerte si no se trata precozmente^{1, 2}.

V. cholerae se clasifica en serogrupos según la composición del antígeno O del lipopolisacárido; sólo los serogrupos O1 y O139 se consideran actualmente como los responsables de producir epidemias de cólera. El serogrupo O1 se subdivide a su vez en 2 biotipos: clásico y El Tor; y a cada biotipo pertenecen 3 serotipos: Ogawa, Inaba e Hikojima^{3,4,5}. El biotipo El Tor produce más infecciones asintomáticas, persiste más tiempo en el medio ambiente, se multiplica más rápidamente una vez inoculado y produce una menor inmunidad que el biotipo clásico. El resto de serogrupos se denominan non O1/non 139 y sólo de forma ocasional se pueden encontrar cepas productoras de toxina colérica, pero sin causar habitualmente brotes epidémicos.

Los datos sobre incidencia mundial de cólera, referentes al año 2005, informan de 46.524 casos con 1.497 muertes. El 93% del total de los casos se han producido en el continente africano⁶. En países desarrollados como España donde actualmente no hay casos de cólera, la prioridad es el seguimiento de todos los casos

sospechosos que se puedan presentar, en su mayoría casos importados. En otras ocasiones pudieran ser, casos secundarios a algún caso importado en el entorno familiar, o podría tratarse de procesos esporádicos de tipo autóctono, sobre todo en época estival. Los Servicios de Salud y los Sistemas de Vigilancia epidemiológica deben prestar especial atención a los cuadros clínicos compatibles, en viajeros en tránsito por España procedentes de países con endemia, así como en inmigrantes en los días posteriores a su llegada a España⁷. En 2001 se registró en España un caso catalogado como importado⁸.

El día 7 de octubre de 2006 el Sistema de Alertas de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña informó al Centro Nacional de Epidemiología de la confirmación en Londres de un caso de cólera en un ciudadano español procedente de la India. Se trataba de una turista de Barcelona que llegó al aeropuerto de Londres (Heathrow) el día 1 de octubre de 2006 en un vuelo procedente de la India, junto con más viajeros españoles que estuvieron en la zona del triángulo Golden (Delhi, Agra y Jaipur) entre el 24 de septiembre y el 1 de octubre del 2006. Estuvieron alojados en diversas instalaciones de una misma cadena hotelera, prácticamente todas las comidas se realizaron en los recintos hoteleros. Se confirmó *Vibrio cholerae* toxigénico O1 Inaba biotipo El Tor en el caso índice y posteriormente en su hija.

El grupo de turistas españoles que viajaron con los dos casos de cólera confirmados estaba compuesto por 109 personas, procedentes de las siguientes Comunidades Autónomas (C.C.AA.): Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León,

Cataluña, C. Valenciana, Galicia, Madrid, País Vasco, La Rioja y Navarra.

El objetivo del estudio fue confirmar y describir el brote de diarrea asociado a dos casos de cólera importados de la India en sus características de tiempo, lugar y persona, con el fin de proponer las medidas de control y recomendaciones oportunas.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo del brote y se definió como caso: toda persona que viajó a la India en el grupo de turistas donde se confirmaron los dos casos de cólera y tuvo síndrome gastrointestinal en el periodo comprendido entre el 25 de septiembre y el 6 de octubre del 2006.

Como fuente de información se utilizó el listado de pasajeros que participaban en el paquete turístico donde se recogían los siguientes datos: Nombre y apellidos, teléfono, localidad, provincia y vuelo. También se obtuvo el itinerario del viaje y la información de los dos vuelos de destino a España el día 1 de octubre con sus correspondientes escalas.

Los Servicios de Epidemiología de las Comunidades Autónomas donde había turistas que participaron en el viaje a la India realizaron una búsqueda activa de casos y recomendaron coprocultivo para el aislamiento de *V.cholerae* perteneciente a los grupos O1 u O139. Toda esta información fue recibida y consolidada en el Centro Nacional de Epidemiología y se analizó con el programa estadístico SPSS. Las variables recogidas fueron: fecha de inicio, síntomas, duración, curación, realización de coprocultivo y resultados.

Resultados

Como resultado de la búsqueda activa de las Comunidades Autónomas, se declararon 34 personas que se ajustan a nuestra definición de caso (Tabla 1).

Del total de los casos, 18 fueron hombres, 15 mujeres y de uno de ellos se desconoce dicha información. En cuanto a la sintomatología sólo se obtuvo informa-

ción del 44% de los casos. Cinco tuvieron dolor abdominal, dos tuvieron fiebre y uno vómitos. Seis casos necesitaron atención médica, en cinco se prescribió antibioterapia y dos casos precisaron rehidratación oral. Uno de los dos casos en los que se aisló *Vibrio cholerae* fue hospitalizado.

Los primeros casos se iniciaron el 25 de septiembre de 2006, y el último caso el 6 de octubre (Figura 1). En dos casos se desconoce la fecha de inicio de síntomas. La curva epidémica muestra dos picos los días 1 y 2 de octubre. Los casos que aparecen el 5 y 6 de octubre pudieron ser casos secundarios entre los viajeros. En este sentido, no se identificaron casos secundarios en el ámbito laboral y familiar de los casos ni entre el personal sanitario que había atendido o procesado los coprocultivos de los pacientes.

Como resultado de la investigación microbiológica se realizaron coprocultivos en 27 de los 34 casos, siendo negativo para *Vibrio cholerae* en 13 y no se recibió información de los resultados en 14 de ellos. Hay que destacar que en algunos casos los coprocultivos se realizaron posteriormente a la toma de antibióticos y en otros no se llevo a cabo la búsqueda específica de *Vibrio cholerae*.

Discusión

Se confirmó la existencia de un brote de diarrea en un grupo de turistas que viajaron a la India, asociados a dos casos de cólera importados. El estudio descriptivo orienta hacia un brote con una fuente común.

En la realización de este estudio se encontraron una serie de limitaciones como la dificultad de identificar los casos, ya que no se pudo realizar entrevista individualizada, así mismo en alguno de los casos no se tuvo información detallada por parte de algunas CC.AA. De acuerdo a la información recibida es evidente la variabilidad del abordaje por las Comunidades Autónomas en el estudio de los casos.

Desde el punto de vista del análisis microbiológico, el retraso en la identificación de los casos y la antibioterapia dificulta el aislamiento del microorganismo.

Se desconocen los alimentos y bebidas consumidas en el viaje y no se pudieron valorar otros factores de riesgo en la causa del brote.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda: Evitar el retraso en las notificaciones y agilizar los mecanismos necesarios para la investigación y respuesta rápida ante este tipo de brotes que afectan a varias CC.AA. Garantizar que la información facilitada por las CC.AA. este estandarizada. Insistir a los turistas que viajen a zonas endémicas de enfermedades gastrointestinales como el cólera sobre la necesidad de acudir a su médico si presentan diarrea a su regreso. Recomendar a los médicos que atiendan a pacientes con diarrea y que han estado en un país endémico de cólera la indicación de realización de coprocultivo incluida la búsqueda de *Vibrio cholerae*.

Agradecimientos

A todos los Servicios de Epidemiología de las CC.AA. implicadas, a la agencia de Viajes por facilitar toda la información solicitada y al Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología.

Tabla 1

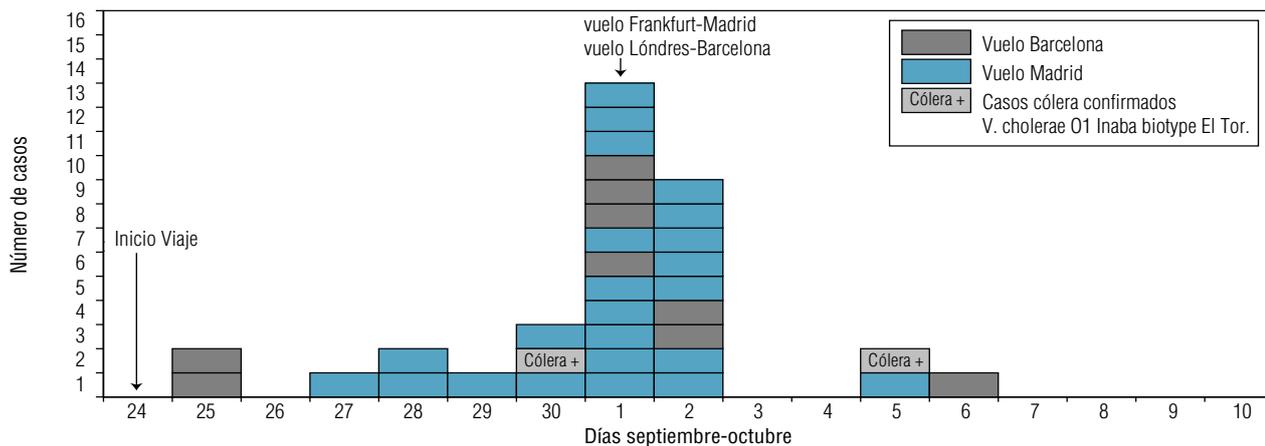
Distribución de los viajeros y los casos según Comunidad Autónoma de residencia

Comunidad Autónoma	N.º Casos (%)	N.º Turistas
Andalucía	9	16
Aragón	2	2
Cantabria	3	10
Castilla-La Mancha	4	8
Castilla y León	1	4
Cataluña	*	31
Comunidad Valenciana	1	10
Galicia	4	8
Madrid	5	10
Murcia	3	4
Navarra	1	1
País Vasco	0	4
La Rioja	1	1
Total	34	109

* Se desconocen los datos.

Figura 1

Curva epidémica de casos de diarrea



Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
2. Cholera Outbreak: Assessing the outbreak response and improving preparedness. World Health Organization. Global Task Force on Cholera Control. Disponible en: URL: http://www.who.int/topics/cholera/publications/cholera_outbreak/en/index.html.
3. P. Robres y R. López-Vélez. Comentario: diagnóstico del cólera. An Esp Pediatr 2002; 57(4): 364-5.
4. Mandell, Douglas, Bennet. Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica. 3ªed. Panamericana: p.1728-39.
5. James Chin, MD, MPH, Editor. Control of Communicable Diseases Manual. 17th Edition 2000.
6. Lafuente S, Vilella A, Serrano B, González R, Bruni L. El cólera. Enf Emerg 2006;8(1):10-15.
7. Asociación Española de Vacunología. Vacuna contra el Cólera. Junio 2004. Disponible en: URL: <http://www.aev.es/aev/html/biblio/temaMes/temaJunio012004.htm>
8. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2001. Bol Epidemiol Semanal 2002;10(06): 49-60.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN
 Casos acumulados desde el 01/01/2007 hasta el 09/04/2007 (semana 14)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
			Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnóstico	Total
Andalucía	4	-	-	-	-	-	-	1	3	4
Aragón	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Asturias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canarias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	2	-	-	1	-	1	-	-	1	1
Castilla y León	18	1	-	17	-	17	-	-	-	-
Cataluña	315	63	2	167	-	169	-	4	79	83
Com. Valenciana	2	1	-	-	-	-	-	-	1	1
Extremadura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	3	-	-	-	-	-	-	-	3	3
Madrid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	346	65	2	185	-	187	-	5	89	94

- (1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.
 (2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.
 (3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.
 (4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.
 (5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.
 (6) **Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: Infección por virus Epstein-Barr, escarlatina, Parvovirus B19, escarlatina, escarlatina (cultivo positivo).

Más información (BES 2000;8:169-172)