

BROTE DE CÓLERA EN MEXICO. INFORME DE SITUACIÓN Y EVALUACION DEL RIESGO PARA ESPAÑA.

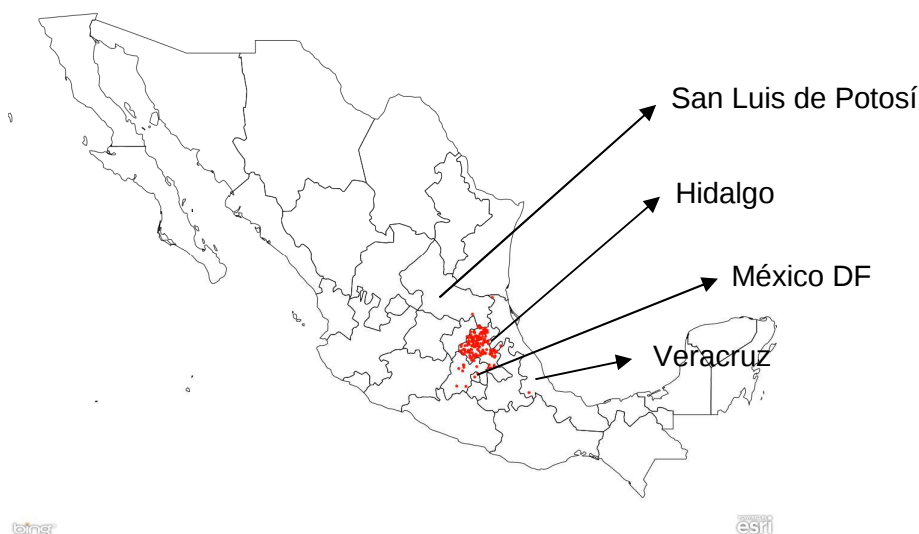
24 de octubre de 2013

Descripción del evento

El 26 de septiembre de 2013, el Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) notificó a la OMS los 10 casos confirmados de infección autóctona por *Vibrio cholerae* O:1 Ogawa toxigenico. Desde ese momento y hasta el 24 de octubre se han notificado un total de 171 casos confirmados de infección incluido un fallecimiento. Del total de casos, 157 (91,8%) son residentes del estado de Hidalgo, 9 (5,3%) del estado de México, 2 (1,2%) del Distrito Federal, 2 (1,2%) del estado de Veracruz y 1 caso (0,6%) del estado de San Luis de Potosí (ver figura 1). El 50,2% de los casos son mujeres y el 49,8% hombres, con un rango de edad que va desde 3 meses hasta 88 años. El 23% de los casos han tenido que ser hospitalizados (ver fig. 1).

La detección de cólera en México representa la primera transmisión local registrada en México desde la epidemia 1991- 2001. El perfil genético de las cepas aisladas en los casos actuales en México presenta una alta similitud (>95 %) con la cepa que está circulando actualmente en tres países del Caribe (Haití, República Dominicana y Cuba), y es diferente de la cepa que había estado circulando en México hace más de una década(1).

Fig 1: Estados de México afectados por el brote de cólera, año 2013.



La investigación realizada en el estado de Hidalgo sugiere que el agua del río ha sido la fuente de contaminación. Las autoridades de salud de México han reforzado las actividades de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, realizado acciones dirigidas a asegurar el acceso de la población a agua potable en cantidad suficiente y el saneamiento básico a nivel comunitario (1).

Situación del cólera en Centroamérica

El continente americano estuvo libre del cólera durante los primeros 30 años de la séptima pandemia, que comenzó en Indonesia en 1961, hasta que el 23 de enero de 1991 se notificaron los primeros casos en Chancay (Perú), en la costa del océano Pacífico cerca de Lima. El agente aislado de las heces de los pacientes afectados correspondió al *V. cholerae*, serovariedad O1, biotipo El Tor, serotipo Inaba.

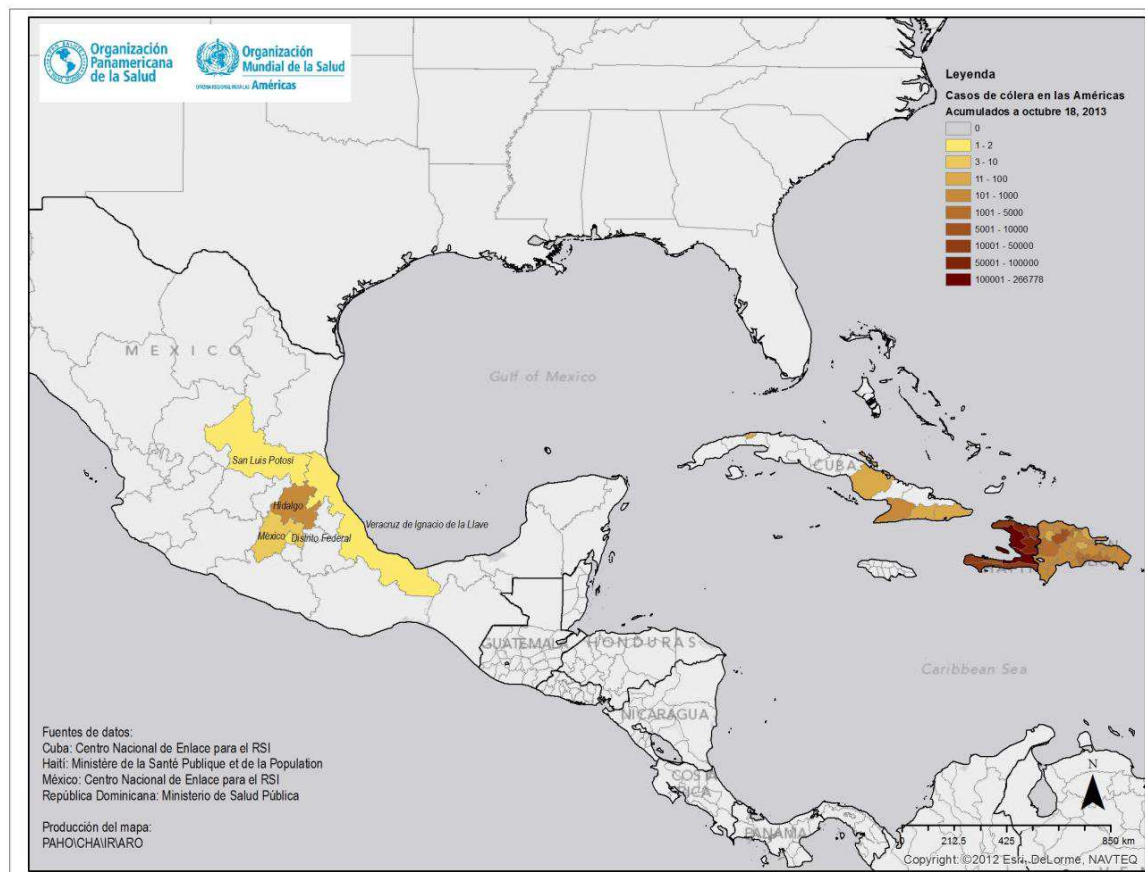
En los primeros tres años de la epidemia, el cólera alcanzó a casi todos los países de América Latina, con excepción de Uruguay y las islas del Caribe. Los casos descienden de forma progresiva desde 1991 hasta 1998, en que se registró un aumento significativo de casos y defunciones presumiblemente asociado a dos fenómenos ambientales que afectaron a la región ese año; el fenómeno de El Niño y el huracán Mitch. Los últimos casos de cólera debidos a esta epidemia se notificaron en 2001.

En octubre de 2010, la epidemia de cólera reemergió en **Haití** donde tras el terremoto que en enero de ese año asoló al país se dieron las condiciones adecuadas para el desarrollo de un brote epidémico. La epidemia se inició en el departamento de Artibonite y se expandió rápidamente al resto del país. Desde el inicio de la epidemia hasta octubre de 2013, se registraron 682.573 casos de cólera, de los cuales 379.870 fueron hospitalizados (55,6%) y 8.330 fallecieron. La tasa de letalidad acumulada es del 1,2% (2). En noviembre del 2010 la epidemia llegó a la vecina **República Dominicana** donde hasta el momento, el total de casos sospechosos de cólera registrados es de 31.070, de los cuales 458 fallecieron. La tasa de letalidad en el 2013 se eleva a 2,1%.

En agosto de 2013, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI en **Cuba** notificó la identificación de 678 casos de cólera, incluyendo tres defunciones, en las provincias de La Habana, Santiago de Cuba, Granma, Guantánamo y Camagüey. Entre los casos confirmados se incluyen 12 casos en viajeros procedentes de diferentes países: Alemania (2), Chile (2), España (2), Holanda (1), Italia (3) y Venezuela (2). De acuerdo a la información disponible, los casos registrados en La Habana estuvieron vinculados a dos centros de venta de alimentos, en donde se comprobó la presencia de portadores asintomáticos entre los manipuladores de alimentos(4).

La cepa que está afectando a la Isla de la Española, Haití y República Dominicana, y a Cuba, no es la misma que provocó la epidemia iniciada en 1991 en América Latina, sino que ha sido identificada como *V. cholerae* O1, biotipo El Tor, serotipo Ogawa, y es la misma que circula en México en la actualidad. Estudios genéticos vincularon esta cepa con la cepa circulante en el sur de Asia, importada en 2010 a Haití, que se caracteriza por presentar una mayor virulencia y resistencia a antibióticos (3).

Figura 2: Zonas afectadas por el brote de cólera, año 2013.



Evaluación del riesgo para España

Los casos de cólera en viajeros españoles son infrecuentes y generalmente se producen en viajeros a zonas de la India o África subsahariana, donde los brotes ocurren de forma habitual. Dada la situación epidemiológica existente en México y otros países de la región del Caribe, como es el caso de Cuba, que son destinos frecuentes de los residentes en España, el objetivo de esta evaluación rápida del riesgo es valorar el riesgo de infección e importación de casos procedentes de estos países.

La epidemia de cólera actual supone una amenaza de diseminación a otros países. El riesgo de diseminación depende de factores dependientes del hombre y factores ecológicos dependientes de la bacteria. El cólera es una enfermedad que se propaga a través de reservorios ambientales, transporte de mercancías o el movimiento de personas. Sin embargo, se trata de rutas de transmisión que tienen poca relevancia epidemiológica en zonas con buena infraestructura sanitaria y adecuada calidad del agua.

En el 2011, 1.463.000 residentes en España eligieron América como destino de vacaciones; de éstos, el 1%, 1,3% y el 1,2% eligieron Cuba, México y República Dominicana respectivamente como destino(5).

En estos países los turistas españoles suelen alojarse en hoteles donde las condiciones higiénicas son adecuadas por lo que el riesgo de exposición es bajo.

En Cuba la mayoría de los turistas españoles visitan la capital de la isla, ubicada en la provincia de La Habana, una de las provincias afectadas por el brote de cólera y en México, la capital, México DF también constituye un destino turístico importante y es uno de los estados donde se están detectando casos.

Los casos registrados en La Habana en agosto del 2013 estuvieron vinculados a dos centros de venta de alimentos y en el caso del estado de Hidalgo (México) la investigación realizada ha determinado que el agua del río es la posible fuente de contaminación por lo que, aunque muy bajo, podría existir un cierto riesgo de infección para la población española que acude a estos destinos turísticos si no se cumplen las normas higiénicas básicas con relación al consumo de agua y alimentos. Por ello no se puede descartar la aparición de casos importados en nuestro país. No obstante, la buena infraestructura sanitaria, la adecuada calidad del agua y los hábitos higiénico-sanitarios que se mantienen en España, impedirían la transmisión local de esta bacteria.

Evaluación del riesgo para España

Se considera que el riesgo de cólera para viajeros españoles es bajo. Dadas las condiciones higiénicas y de saneamiento en España, se considera además que el riesgo de transmisión del cólera a partir de un caso importado sería muy bajo y limitado a sus contactos estrechos.

Recomendaciones

- Se recomienda que los viajeros a la Región del Caribe, y más concretamente, a México, Cuba, República Dominicana y Haití se mantengan informados de la situación y de las medidas de prevención a través de la página Web del MSSSI “la salud también viaja”:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm>, o acudiendo a cualquier Centro de Vacunación Internacional.
- Para disminuir el riesgo de infección, se recomiendan las medidas higiénicas estándar: beber agua embotellada o clorada y utilizar este agua para lavar la fruta y la verdura, evitar el consumo de alimentos crudos o poco cocinados, alimentos adquiridos en puestos callejeros y el hielo y helados de cualquier tipo; realizar una higiene de manos frecuente y buscar asistencia médica precoz en caso de presentar un cuadro agudo de diarrea líquida.
- No se recomienda la vacunación rutinaria de los viajeros.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Situación actual del cólera en la Región de las Américas. 19 octubre. [Internet]. 2013. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23407&Itemid=
2. Ministry of Public Health and Population, Haiti: Rapports journaliers du MSPP sur l'évolution du cholera en Haiti. Port-au-Prince, Haiti [Internet]. 2013. Available from: http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Web_10.10_Avec_Courbes_Departementales.pdf
3. Harvez CB, Avila VS. [The cholera epidemic in Latin America: reemergence, morbidity, and mortality]. Rev. Panam. Salud Publica. 2013 Jan;33(1):40–6.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación actual del cólera en la Región de las Américas. 26 septiembre. [Internet]. 2013. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23094&Itemid=
5. Instituto de estudios turísticos. Informe anual Familitur 2011. Encuesta de Movimientos Turísticos de los Españoles (Familitur). Año 2011 [Internet]. Available from: <http://www.iet.tourspain.es/es-ES/estadisticas/familitur/Anuales/Informe%20anual%20de%20Familitur.%20A%C3%B1o%202011.pdf>