



COLERA. LA EPIDEMIA EN PERU (I)

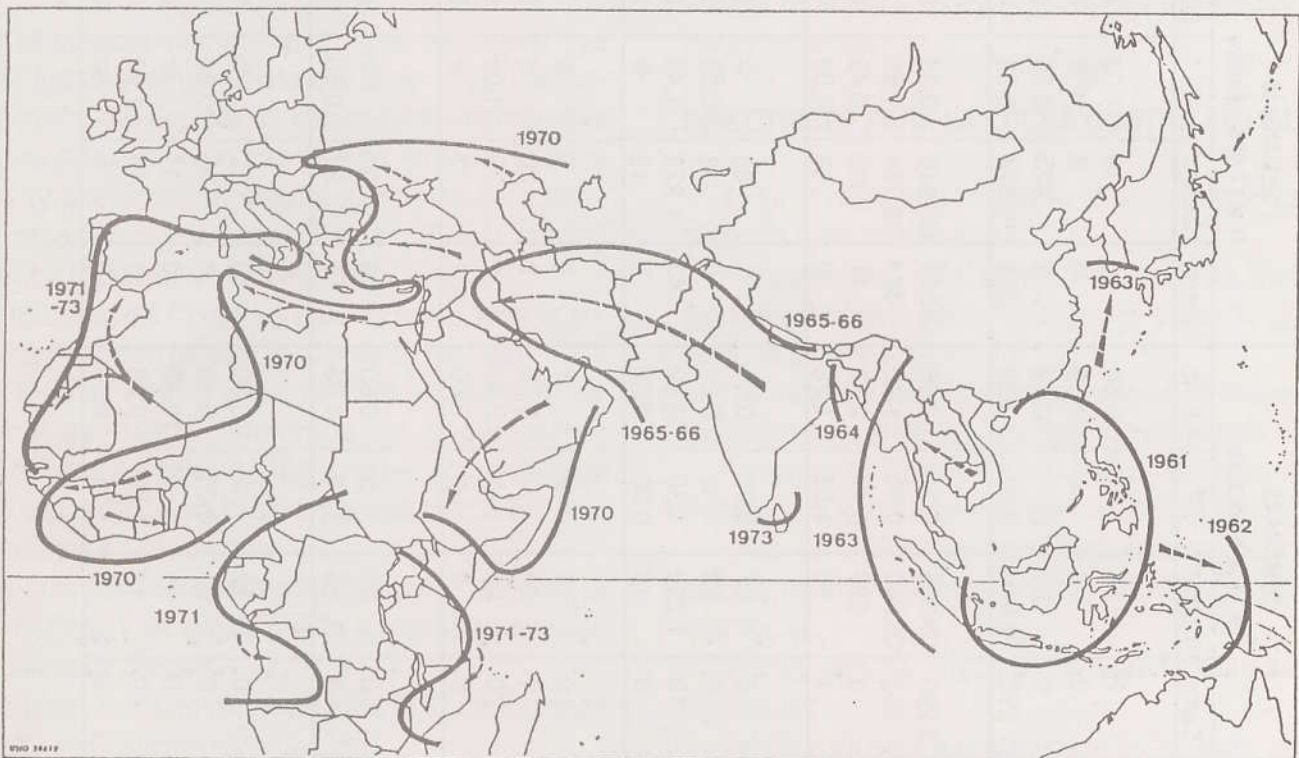
El Cólera es una de las más antiguas enfermedades de la humanidad. A lo largo del Siglo XIX, alcanzó Europa por primera vez y provocó 6 grandes pandemias, adquiriendo su reputación de enfermedad mortal. Después de la sexta pandemia, el Cólera regresó a Asia, su región de origen.

La séptima pandemia comenzó en 1961, cuando el

Vibrio cholerae, biotipo El Tor, se propagó fuera de su zona endémica en las Célebes (Sulawesi), en Indonesia, probablemente por el incremento en los movimientos de población. Alcanzó en primer lugar otros países de Asia Oriental, Bangladesh hacia finales de 1963, la India en 1964 y la URSS, Irán e Irak en 1965-66.

En 1970, el Cólera invadió África occidental que,

FIGURA 1.- EXTENSION MUNDIAL DEL COLERA, 1961 - 1973.



INDICE

1. - La epidemia de Cólera en Perú. (1ª parte)
2. - Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
 - 2.1. - Situación General.
 - 2.2. - Distribución por Zonas de Salud.
3. - Evaluación de la declaración de E.D.O.
4. - Porcentaje de declaración y estado de la cloración en los municipios de La Rioja.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 45 a 48

ENFERMEDADES	SEMANA 45 4 al 10 de Noviembre			SEMANA 46 11 al 17 de Noviembre			SEMANA 47 18 al 24 de Noviembre			SEMANA 48 25 Noviembre a 1 Diciembre		
	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.
ENF. INFECC. INTESTINALES												
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	17	☆ 0,50	1	18	1,00	0,52	1	19	1,00	0,52	☆ 0,52
DISENTERIA	0	3	☆ 0,25	0	3	☆ 0,23	0,23	0	3	☆ 0,23	0,23	☆ 0,23
TOXINFECCION ALIMENTARIA	6	420	0,75 0,88	3	423	0,75 0,87	0,87	8	431	1,60	0,89	2,66
OTROS PROCESOS DIARREICOS	290	16.619	0,93 0,90	255	16.874	0,95 0,90	0,90	237	17.111	0,92	0,90	0,98
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS												
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	3.290	124.295	0,91 0,96	3.524	127.819	0,94 0,96	0,96	3.613	131.432	0,92	0,96	0,99
GRIPE	362	38.340	0,61 1,40	384	38.724	0,56 1,37	1,37	343	39.067	0,52	1,34	0,69
NEUMONIA	9	925	0,47 0,87	11	936	0,45 0,86	0,86	11	947	0,57	0,86	0,68
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	4	96	4,00 1,28	0	96	0,00 1,26	1,26	0	96	0,00	1,18	1,50
ENFERMEDADES EXANTEMATICAS												
SARAMPION	0	67	0,00 0,91	1	68	☆ 0,93	0,93	0	68	0,00	0,90	0,00
RUBEOLA	0	38	☆ 0,22	0	38	0,00 0,22	0,22	0	38	0,00	0,22	0,00
VARICELA	19	1.232	1,35 0,62	43	1.275	1,43 0,64	0,64	25	1.300	0,92	0,65	1,52
ESCARLATINA	0	15	0,00 0,32	1	16	☆ 0,34	0,34	1	17	☆ 0,36	0,36	0,00
ZOONOSIS												
CARBUNCO	0	0	☆ 0,73	0	0	☆ 0,73	0,73	0	0	☆ 0,74	0,74	☆ 0,75
BRUCELOSIS	1	28	☆ 0,80	0	28	☆ 0,83	0,83	1	29	☆ 0,81	0,81	1,00
HIDATIDOSIS	0	28	☆ 2,00	2	30	☆ 3,00	3,00	0	30	0,00	3,00	☆ 0,79
FEXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	2	☆ 0,14	1	3	☆ 0,14	0,14	0	3	☆ 0,14	0,14	☆ 3,00
ENF. DE TRANSMISION SEXUAL												
SIFILIS	0	21	☆ 0,80	0	21	☆ 0,77	0,77	0	21	0,00	0,72	☆ 0,72
INFECCION GONOCOCICA	3	86	3,00 1,03	1	87	0,50 1,01	1,01	1	88	0,50	1,00	7,00
OTRAS ENFERMEDADES												
INFECCION MENINGOCOCICA	0	12	☆ 0,80	0	12	☆ 0,80	0,80	0	12	☆ 0,75	0,75	☆ 0,75
HEPATITIS VIRICAS	0	91	0,00 0,48	4	95	0,80 0,49	0,49	2	97	0,66	0,50	0,60
FIEBRE REUMATICA	0	11	☆ 0,45	0	11	☆ 0,45	0,45	1	12	☆ 0,50	0,50	☆ 0,48
PAROTIDITIS	0	17	0,00 0,23	1	18	1,00 0,24	0,24	0	18	0,00	0,24	1,00
TOSFERINA	0	5	☆ 0,14	0	5	☆ 0,14	0,14	0	5	0,00	0,14	☆ 0,14

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

Índice Epidémico para una enfermedad es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24; se considera normal; si es menor o igual a 0,75; incidencia baja; si es mayor o igual a 1,25; incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad, dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. NOVIEMBRE 1990
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	S. Román	Albelda	Torrejilla	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	TOTAL
	7.048 H.	15.203 H.	25.933 H.	16.176 H.	6.607 H.	826 H.	11.996 H.	2.131 H.	8.555 H.	18.858 H.	12.778 H.	18.163 H.	116232 H.	260506 H.
FIEBRE TIFOIDEA													3,44	1,54
DISENTERIA														
TOXINF. ALIMENTARIA					60,54								18,07	9,60
OTROS PROC. DIARREICOS	99,32	499,90	412,60	321,46	227,03	363,20	108,37	375,41	128,58	503,76	297,39	247,76	494,70	401,14
I.R.A.	1.589,10	8.577,25	7.365,13	5.464,89	6.039,05	8.716,71	4.401,47	9.291,41	4.441,85	6.363,35	7.732,04	3.028,13	4.713,85	5.375,69
GRIPE	283,77	124,98	694,10	741,84	136,22	968,52	158,39	281,56	911,75	869,66	46,96	154,16	789,80	604,59
NEUMONIA		13,16	15,42	18,55		363,20			11,69	10,61		5,51	27,53	18,43
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA		6,58	3,86										4,30	2,69
SARAMPION													0,86	0,38
RUBEOLA														
VARICELA	255,39	39,47	104,11				25,01			10,61		297,31	12,91	47,98
ESCARLATINA													1,72	0,77
BRUCELOSIS											7,83	5,51	0,86	1,15
HIDATIDOSIS	14,19												1,72	1,15
SIFILIS														
INFECC. GONOCOCICA													10,32	4,61
INFECC. MENINGOCOCICA														
HEPATITIS VIRICAS													7,74	3,45
FIEBRE REUMATICA		6,58												0,38
PAROTIDITIS										5,30			0,86	0,77
TOSFERINA														
F. EXANT. MEDITERRA.					15,14									0,38

COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO

Dentro de las enfermedades declaradas correspondientes a las semanas epidemiológicas 45 a 48, mes de Noviembre, destaca:

- El incremento en la incidencia de Varicela, como corresponde al comienzo del invierno.

- Brote de Triquinosis en la localidad de Logroño. Número de afectados: 4. Ingreso hospitalario: 100%. Sintomatología: Fiebre 100%, cefalea 50%, astenia 25%, edema parpebral 75%, erupción 50%, dolor muscular 50%. Período de incubación: mediana 19 días. Alimento implicado: carne de jabalí consumida en el domicilio particular y no controlada sanitariamente. Pruebas de laboratorio: eosinofilia y serología positiva a *Trichinella spiralis* en todos los casos. Evolución clínica: curación.

- Cuatro brotes de Toxifeción Alimentaria:

• Dos de ellos colectivos, con dos afectados cada uno, en la localidad de Logroño. Factor común: ingesta de tortilla de patata en el mismo bar, pero en diferente día. Etiología: se aisló *Salmonella* entérica, subespecie I en coprocultivo en uno de los brotes, el otro clínica de Salmonelosis.

• Brote familiar en la localidad de Galilea. Número de afectados: 3. Tasa de ataque: 100%. Alimento implicado: mahonesa de elaboración casera. Etiología: clínica de Salmonelosis.

• Brote familiar en la localidad de Logroño. Número de afectados: 6. Tasa de ataque: 100%. Alimento implicado: mahonesa de elaboración casera. Etiología: *Salmonella* entérica.

EVALUACION DE LA DECLARACION DE E.D.O. TOTAL SEMANAS 45 A 48.

DECLARANTES DECLARACION	LA RIOJA EXCEPTO LOGROÑO	LOGROÑO	HOSPITALES	OTROS ORGANISMOS	TOTAL
PARTES ESPERADOS	528	288	20	8	844
% PARTES RECIBIDOS	88,64	93,75	85,00	87,50	90,28
% PARTES EN BLANCO	8,97	11,11	0	0	9,45

COMENTARIO:

El porcentaje de partes recibidos se mantiene semejante al mes anterior, así como el total de partes en blanco. Este último a expensas de la disminución en el porcentaje correspondiente a La Rioja excepto Logroño y el incremento en el correspondiente a Logroño.

PORCENTAJES DE DECLARACION Y ESTADO DE LA CLORACION EN LOS MUNICIPIOS Y PEDANIAS DE LA RIOJA. DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE HABITANTES.

MES: DICIEMBRE	MUNICIPIOS < 100 HAB. (TOTAL 42 MUNIC.)		MUNICIPIOS 101 a 500 HAB. (TOTAL 83 MUNIC.)		MUNICIPIOS > 500 HAB. (TOTAL 49 MUNIC.)		PEDANIAS > 100 HAB. (TOTAL 9 PED.)	
CLORACION DECLARACION	CORRECTA	INCORRECTA	CORRECTA	INCORRECTA	CORRECTA	INCORRECTA	CORRECTA	INCORRECTA
DIARIA	2,38	0	2,40	3,61	55,10	16,32	0	0
IRREGULAR	2,38	19,04	9,63	30,12	4,08	6,12	44,44	11,11
NO DECLARADA	76,19		54,21		18,36		44,44	

COMENTARIO:

- Los Municipios y Pedanías (P) con cloración correcta declarada diariamente han sido los siguientes:

Agoncillo, Albelda, Alberite, Aldeanueva de Ebro, Alesanco, Alfaro, Anguiano, Arnedo, Azofra, Badarán, Baños de Río Tobía, Canillas de Río Tuerto, Calahorra, Casalarreina, Cenicero, Cervera, Ezcaray, Fuenmayor, Igea, Logroño, Murillo, Nájera, Navarrete, Ortigosa, Pradejón, Quel, Ribafrecha, San Vicente de la Sonsierra, Villamediana y El Villar de Arnedo.

- Los Municipios y Pedanías (P) con cloración correcta declarada irregularmente han sido los siguientes:

Arenzana de Abajo, Arrubal, Briñas, Cabretón (P), Cihuri, El Cortijo (P), Galilea, Grávalos, Lagunilla, Rincón de Olivedo (P), Valverde (P), Valgañón, Torremontalvo.

- En el resto de los Municipios y Pedanías, la cloración ha sido incorrecta o no se ha declarado (72,67% del total).

excepto un brote en 1868 en la región de Sénégambia y otro incidente mal notificado en 1893, ha estado siempre exenta. Por primera vez desde el comienzo de la séptima pandemia, el Cólera se propagó de un salto a través de un vasto territorio hasta entonces indemne, siguiendo en primer lugar el litoral o las corrientes de agua con los pescadores y los comerciantes y extendiéndose más tarde a otras regiones del continente a lo largo de las vías de comunicación terrestres. La enfermedad se hizo finalmente endémica, sobre todo en las regiones del litoral donde la temperatura, la humedad, la pluviosidad y la densidad de población favorecen su persistencia (figura 1).

El Cólera ha hecho igualmente numerosas incursiones en los países industrializados durante los años 70, pero no ha conseguido instalarse allí, gracias a los servicios de salud y a las actividades de vigilancia eficaces.

En los años 80, el número de casos notificados cada año ha caído al nivel anterior a 1970 pero, sin embargo, el número de países que los notifican se ha triplicado en comparación al período anterior. (Tabla 1).

LA EPIDEMIA ACTUAL EN PERU

No se conocía más que una región del mundo que hubiese estado libre del Cólera a lo largo de esta pandemia: América del Sur. No ha habido hasta ahora casos indígenas más que en un sólo país de América, Estados Unidos (y puede ser en Méjico), donde se detectaron casos esporádicos por primera vez en 1973 (1 caso) y durante los meses de verano de 1978.

La epidemia del Cólera en Perú es por lo tanto la primera manifestación de esta pandemia en América.

En el último informe oficial de Perú, de fecha 21 de Febrero de 1991, informaba la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se había detectado 32.585 casos de Cólera habiendo ocasionado 6.501 hospitalizaciones y 139 muertes.

Los primeros casos han sido notificados por toda la costa de Perú, y se señala que la epidemia se propaga ahora al interior del país.

Los casos han sido diagnosticados el 31 de Enero en Huacho y en Chancay (norte de Lima).

Los resultados de los exámenes efectuados en los "Centers for Disease Control" (CDC) de Atlanta (Estados Unidos), de aislamientos provenientes de Chancay y

Chimbote muestran que se trata de *V. cholerae* 01, biotipo El Tor, serotipo Inaba, y que el vibrión es sensible a la tetraciclina, sulfamidas, cloramfenicol y trimetoprim.

La proporción de enfermos hospitalizados es del 20%, la tasa global de letalidad de 0,4% y la tasa de mortalidad en los enfermos hospitalizados de 2,1%.

MEDIDAS ADOPTADAS

Se ha constituido un grupo de trabajo especial para la epidemia de Cólera en el Despacho regional de la OMS para las Américas, que se reúne periódicamente.

El Presidente de Perú ha declarado el estado de urgencia sanitaria durante 120 días en las ciudades donde se producen brotes de Cólera.

El Gobierno destinó un presupuesto equivalente a US \$ 4,0 millones y el Embajador de Perú en la ONU solicitó una ayuda de \$ 3,8 millones que se consideró razonable teniendo en cuenta el número estimado de casos (previendo una tasa de ataque global del 2% en las poblaciones sensibles del litoral, con 10.000.000 de personas, el número de casos estimados fue 200.000) y las medidas a tomar en la lucha contra la epidemia durante las 12 primeras semanas.

DIRECTRICES PARA LA LUCHA CONTRA EL COLERA

1) La investigación llevada a cabo desde hace 3 decenios permite afirmar que:

- el tratamiento del Cólera en instalaciones sanitarias convenientemente equipadas puede llevar la tasa de letalidad a menos del 1%.
- la vacunación y la quimioprofilaxis de masas son ineficaces para prevenir y combatir las epidemias.
- cuando el Cólera es endémico, es la causa de menos del 5% de todos los casos de diarrea aguda.
- más del 90% de los casos de Cólera son benignos y difíciles de distinguir clínicamente de otros tipos de diarrea aguda.

2) Las vías de infección más conocidas son las siguientes:

- el agua de bebida contaminada en la fuente o durante el almacenamiento.
- el pescado y en particular los mariscos pescados en aguas contaminadas y comidos crudos o insuficiente-

TABLA 1.- NUMERO DE CASOS DE COLERA NOTIFICADOS EN EL MUNDO. 1961 - 1990.

1961	1962	1965	1970	1973	1982	1986	1987	1988	1989	1990
49.951	41.575	58.816	68.828	112.241	54.856	46.473	48.507	44.083	53.970	29.319 (provisional)

mente cocidos.

- los productos alimenticios contaminados posteriormente a la cocción: leche, arroz, lentejas, patatas, alubias rojas, huevos, pollo, etc.
- las verduras que han sido fertilizadas con abono o aclaradas con agua contaminada.

TRATAMIENTO

La mayor parte de los casos de Cólera pueden ser correctamente tratados mediante la administración por vía oral de una solución de glucosa y electrolitos, semejante por su contenido a la composición hidroelectrolítica de las deposiciones diarreicas. Las soluciones electrolíticas administradas por vía intravenosa y conteniendo alcalinos y sales de potasio no deberán ser utilizadas normalmente más que para la rehidratación inicial de enfermos gravemente deshidratados que están en estado de shock o incapaces de beber.

Para la rehidratación oral se recomienda una solución de sales de rehidratación oral (SRO). Estas SRO están disponibles en forma envasada. La solución de lactato de Ringer (solución de Hartmann para inyección) es el líquido recomendado para la rehidratación por vía intravenosa, pues es fácil de obtener en el comercio y su composición se presta al tratamiento de todas las diarreas agu-

das en cualquier edad.

Las soluciones salinas normalizadas o seminormalizadas son menos eficaces pero pueden ser utilizadas en ausencia de solución de lactato de Ringer. La glucosa simple en agua es ineficaz y no debe ser utilizada.

En un brote epidémico, del 80 al 90% de los enfermos pueden generalmente ser curados por la sola rehidratación oral con una solución SRO. La mayor parte de los que tienen necesidad al principio de líquido administrado por vía intravenosa pueden enseguida ser tratados con la administración de SRO hasta que cese la diarrea.

En los casos graves de Cólera, la administración de antibióticos permite reducir el volumen y la duración de las diarreas así como la duración de la excreción de vibriones. Los antibióticos deben ser administrados por vía oral desde que cesan los vómitos, generalmente algunas horas antes del comienzo de la rehidratación. Los antibióticos inyectables son más costosos y no presentan ventajas particulares.

La tetraciclina es el antibiótico de elección en la mayor parte de los casos. La doxiciclina, forma de tetraciclina de liberación lenta administrada una vez solamente, es preferible ya que ofrece la considerable ventaja de un tratamiento administrado en una sola vez (no está recomendada en niños). Otras alternativas: Furazolidina, Trimetoprim - sulfametoxazol. (Tabla 2)

TABLA 2.- ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL COLERA

ANTIBIOTICO	DOSIS	
	NIÑOS	ADULTOS
ANTIBIOTICOS DE ELECCION Tetraciclina (4 veces/día, 3 días) o Doxiciclina (Dosis única)	12,5 mgr./kg (no recomendada en niños)	500 mgr. 300 mgr.
ALTERNATIVAS (en resistencias a la tetraciclina) Furazolidina (4 veces/día, 3 días) o Trimetoprim - sulfametoxazol (2 veces/día, 3 días)	1,25 mgr/kg. TMP 5 mgr/kg. y SMX 25 mgr./kg.	100 mgr. TMP 160 mgr. y SMX 800 mgr.

La suscripción al B.E.R. es gratuita, siempre que sea dirigida a cargo oficial. Los profesionales sanitarios pueden remitir artículos para su publicación previa selección.

DIRECCION: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Sección de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica. C/ Villamediana, 17 - Tel. 29 11 00 Extensión 5091. LOGROÑO

BOLETIN
EPIDEMIOLOGICO Gobierno de  **La Rioja**

Consejería de
Salud, Consumo
y Bienestar Social