



Boletín Epidemiológico Ciudad Autónoma de Ceuta

Número 30

Febrero 2017

Consejo de Redacción: Ana Isabel Rivas Pérez; Mauricio Vázquez Cantero
Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad, Servicios Sociales, Menores e Igualdad
www.ceuta.es/sanidad; email: boletin@ceuta.es

Edita: Consejería de Sanidad, Servicios Sociales,
Menores e Igualdad
I.S.S.N.: 1988-8899
Depósito Legal: CE. 95-2007

SUMARIO:

- BROTE DE INFESTACIÓN PARASITARIA POR GIARDIA LAMBLIA 2016

BROTE DE INFESTACIÓN PARASITARIA POR GIARDIA LAMBLIA 2016

Autora:

Ana M^a de los Ángeles Rivas Requena.

T.E.L.

Servicio de Vigilancia Epidemiológica.

Consejería de Sanidad, Servicios Sociales, Menores e Igualdad.

Ciudad Autónoma de Ceuta.

1. DESCRIPCIÓN

La Giardiasis es una enfermedad parasitaria producida por un protozoo flagelado denominado Giardia Lamblia, también conocida como Giardia Intestinalis o Duodenalis, que ataca principalmente a la porción superior del intestino delgado; puede ser asintomática, pero puede también ocasionar diversos síntomas intestinales, tales como diarreas crónicas, esteatorrea, cólicos abdominales, sensación de distensión abdominal y expulsión frecuentes de heces laxas, pálidas y grasosas, así como fatiga y pérdida de peso, mala absorción de grasas y de vitaminas liposolubles. Por lo común, no hay invasión extraintestinal, pero a veces surgen urticarias, artritis reactivas e infecciones gástricas, y en las giardiasis graves puede producirse lesión de las células mucosas del duodeno y del yeyuno. En personas sanas los síntomas pueden durar de 2-6 semanas, aunque el tratamiento acorta la duración de los síntomas. La mayor parte de los pacientes evolucionan bien, pero puede observarse procesos más graves en niños, sobre todo en aquellos procesos que ya tienen un mal estado nutricional basal y en embarazadas. La tasa de portador asintomático es alta y normalmente, el diagnóstico se corrobora por la identificación de quistes y trofozoitos en las heces.

2. AGENTE INFECCIOSO

La Giardia Lamblia, es un protozoo flagelado, perteneciente al filo Metamonada. Su ciclo de vida comprende dos estadios, la forma vegetativa móvil, que parasita el intestino delgado (trofozoito) y la forma de vida libre o de resistencia e infectante (quiste). El trofozoito es anaerobio aerotolerante, heterótrofo y se multiplica por fisión binaria longitudinal cada 9 a 12 horas. Tiene forma de pera, mide de 9 a 21 μm de largo y de 5 a 15 μm de ancho y su espesor es de 2 a 4 μm ; presenta dos núcleos colocados en la parte anterior, un disco ventral convexo en la mitad anterior, con el que se adhiere a la mucosa intestinal, y cuatro pares de flagelos que participan en la locomoción. Los quistes son de forma ovalada, con paredes finas y un tamaño de 11-14 μm de longitud, de 7-10 μm de ancho y de 0,3-0,5 μm de espesor. Su ciclo de vida es directo (un solo hospedador). Cuando el hospedador animal o humano ingiere los quistes, en el intestino (duodeno) del hospedador la cubierta del quiste se disuelve dejando libre la forma vegetativa, el trofozoito móvil. Los trofozoitos se multiplican en el intestino delgado y a medida que avanza hacia el colon se va transformando en quiste, que sale al exterior con las heces. Estudios genéticos han demostrado la existencia de al menos siete genotipos (A-G), siendo A y B los principalmente encontrados en el hombre.

3. DISTRIBUCIÓN

Mundial. La infección es más frecuente en los niños que en los adultos, y es particularmente frecuente en los climas cálidos. El riesgo de infección está aumentado en los viajeros a áreas endémicas, en niños que asisten a guarderías, en los contactos de personas infectadas, en personas que han ingerido agua de consumo o recreacional y/o alimentos contaminados, personas que desarrollan actividades al aire libre (ej. Camping), personas que no tienen conductas higiénicas adecuadas, así como en personas que tienen contacto con animales infectados y en la práctica del sexo oral. La prevalencia de positividad de las heces en diferentes zonas ha variado de 1 a 30%, según la comunidad y el grupo de edad de estudiado. El estudio realizado por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) nos informa que en el año 2012, se notificaron 942 casos de Giardia Lamblia por parte de 29 laboratorios. Entre 2007 y 2012, 17 laboratorios notificaron de forma constante, durante ese período se observó una tendencia decreciente en el número de casos hasta el año 2010 (595 notificaciones en 2007 a 352 en 2010) y un posterior aumento en 2011 (454 notificaciones) y en 2012 (653 notificaciones). Los casos se dieron en hombres con más frecuencia durante todo el período y en edades de 1 a 14 y a partir de los 25 años. La infección endémica en los Estados Unidos, el Reino Unido y México suele surgir entre julio y octubre, y afecta a niños menores de 5 años de edad y adultos de 25 a 30 años. Suele ser consecuencia del consumo de agua no filtrada de fuentes superficiales o pozos poco profundos; de nadar en masas de agua dulce, y del hecho de que un miembro menor de la familia concurra a una guardería, se han observado grandes brotes en la comunidad por beber agua tratada pero no filtrada y otros brotes menores han sido consecuencia de la ingestión de alimentos contaminados.

4. RESERVORIO

Principalmente los seres humanos, aunque también lo son diferentes animales domésticos y salvajes.

5. MODO DE TRANSMISIÓN

De una persona a otra se produce por transferencia de los quistes de las heces de un individuo infectado por mecanismos mano-boca, especialmente en instituciones y guarderías infantiles; esta tal vez sea la principal forma de transmisión por escasa higiene personal. Los brotes localizados a veces surgen por ingestión de quistes presentes en el agua potable y de instalaciones de recreo contaminadas con heces, y, con menor frecuencia, en alimentos contaminados con ellas. Las concentraciones de cloro utilizadas para el tratamiento común del agua no destruyen los quistes de Giardia, especialmente si el agua es fría; el agua no filtrada de corrientes o de lagos expuestos a la contaminación por heces humanas y de animales constituye una fuente común de infección.

6. PERIODO DE INCUBACIÓN

De 3 a 25 días o más, con una mediana de 7 a 10 días.

7. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD

Todo el período que dura la infección, que suele ser de meses.

8. METODOS DE CONTROL

A. Medidas preventivas: la educación debe ir orientada sobre higiene personal a las familias, residentes y miembros del personal en instituciones, y sobre todo a quienes trabajan en guarderías o jardines infantiles, en cuanto a la necesidad de lavarse las manos antes de manipular alimentos y de comer, y después de defecar. Proteger los abastecimientos públicos de agua contra la contaminación por heces del hombre o de los animales, y eliminar las heces por medio de técnicas sanitarias.

B. Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato: notificación a la autoridad local sanitaria de salud, precauciones entéricas, desinfección concurrente de las heces y los artículos contaminados por ellas, investigación de los contactos y de las fuentes de afección, y tratamiento específico.

C. Medidas en caso de epidemia: cualquier grupo de casos procedentes de una sola zona o institución obliga a realizar la investigación epidemiológica para precisar la fuente de infección y el modo de transmisión. Debe identificarse un vehículo común, como el agua, o la relación de los enfermos con una guardería infantil o un lugar de recreo; se emprenderán medidas preventivas o de control.

D. Repercusiones en caso de desastre: ninguna.

E. Medidas internacionales: ninguna.

Descripción de la alerta

Con fecha de 5 de octubre al 11 de octubre de 2016, se recibe comunicación de 13 casos de Giardiasis diagnosticado mediante estudios de microbiología y parasitología, realizado por el microbiólogo correspondiente al laboratorio de microbiología del Hospital Universitario de INGESA a la Consejería de Sanidad de Ceuta. Este estudio requiere la recogida de tres muestras de heces por cada individuo. Los síntomas que presentaban son los siguientes: dolor abdominal, diarreas, prurito anal y mialgias.

Figura 1. Trofozoitos de G. Duodenalis, teñidos con giemsa.

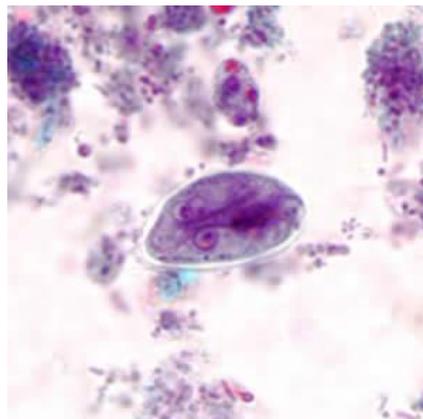


Figura 2. Quiste de G, Duodenalis, teñidos con tricrómico

Las medidas de Salud Pública que se llevaron a cabo fueron: se inició una investigación epidemiológica utilizando para ello una encuesta telefónica tipo anexo I, para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión, se realizó una búsqueda de un vehículo común, como el agua, alimentos o asociación con área recreativa (6 casos refirieron haber comprado y consumido alimentos de Marruecos).

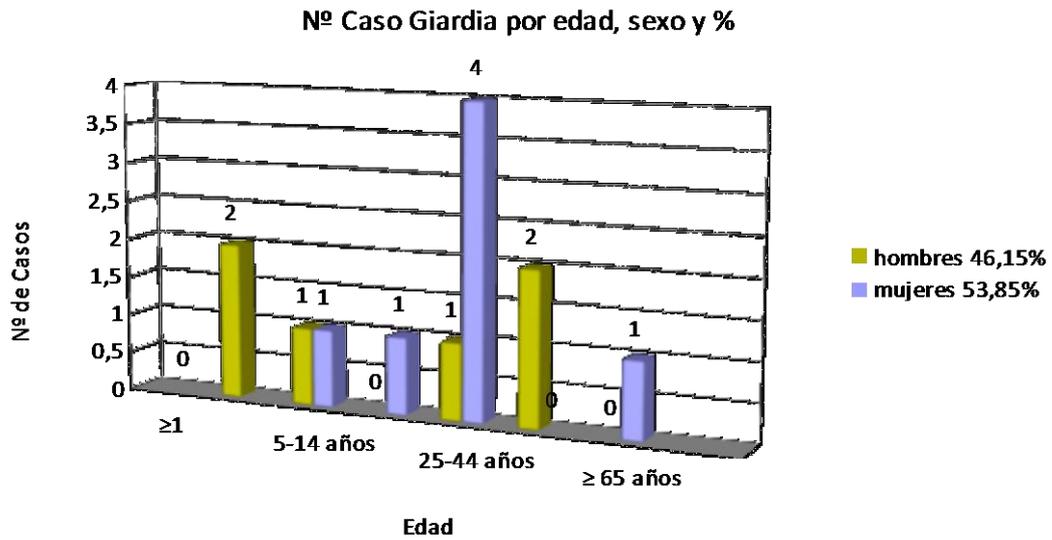
Tabla 1: Casos de Giardiasis según grupo de edad y sexo. Ceuta 2016

GRUPOS DE EDAD	GARDIASIS	TOTAL POR SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
≥1			
1-4 años	2	2	
5-14 años	2	1	1
15-24 años	1		1
25-44 años	5	1	4
45-64 años	2	2	
≥ 65 años	1		1
N.C.			
TOTAL	13	6	7

Fuente: SIMCE

Elaboración: Propia

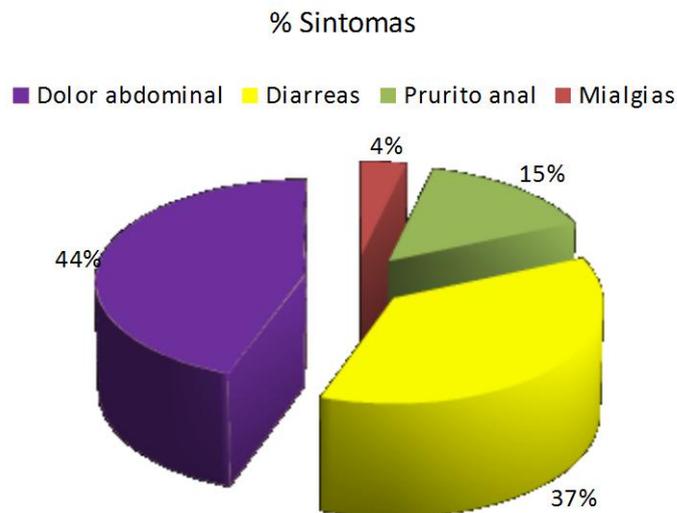
Gráfica 1. Vigilancia de Giardia Lamblia Ceuta. 2016



Fuente: SIMCE
 Elaboración: Propia

Características de los casos: Los datos muestran que la mayor proporción de casos se dieron en adultos a partir de 25 años y niños entre 1 y 14 años y en cuanto a la distribución por sexos el 46,16% (6) de los casos correspondieron a hombres y el 53,84% (7) a mujeres (Figura 1).

Gráfica 2. Vigilancia de Giardia Lamblia Ceuta. 2016



Fuente: SIMCE
 Elaboración: Propia

Los síntomas más frecuentes que se presentaron durante la infección:

- 44% de los casos, dolor abdominal.
- 37% de los casos, diarreas.
- 15% de los casos prurito anal.
- 4% de los casos mialgias.

Conclusiones

No se puede determinar una única fuente de infección ya que, la infestación se contrae principalmente a través de los alimentos y aguas contaminados.

Las infecciones asintomáticas son igualmente comunes, la tasa de portador asintomático es alta por lo que estos individuos constituyen una fuente de infección no controlada.

En 6 de los 13 casos los infectados refirieron haber comprado y consumido alimentos de Marruecos.

La distribución temporal de los casos y las edades concuerdan con los de otros estudios españoles.

La prevención de la giardiasis exige una buena práctica de higiene personal individualizada.

Nota: Se agradece la participación en la localización de pacientes al Servicio de Enfermería de Medicina Preventiva y al personal administrativo del Laboratorio de INGESA.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). DPDx. Giardiasis. 2013. - Laboratory Identification of Parasitic Diseases of Public Health Concern.

2.- CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad N.I.P.O. en línea: 725-14-029-6 I.S.B.N.: No (Free online versión) Informe anual año 2012. Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID. Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://publicacionesoficiales.boe.es> ; <http://publicaciones.isciii.es>

3.- Chin. J. El control de las enfermedades transmisibles: 17.ª ed. Programa de Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud – Washington, DC: OPS, 2001. (Publicación Científica y Técnica No. 581).

4.- Olivares. D. Microbiología: Patologías y Pruebas Diagnosticas: 4ª ed.: Logoss, S.L. Depósito Legal: J-16 -2003, I.S.B.N. Graficas La Paz de Torredonjimeno, S.L

5.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). ZONOSIS Y ENFERMEADES TRANSMISIBLES COMUNES AL HOM-BRE Y A LOS ANIMALES. 3ª edición. 2003.6

6.- Rivas Pérez AI. Vázquez Cantero M. Servicio de Vigilancia Epidemiológica Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta Boletín Epidemiológico nº 28, Noviembre/2015 Edita: Consejería de Sanidad y Consumo I.S.S.N.: 1988-8899 Depósito Legal: CE. 95-2007. www.ceuta.es/sanidad; email: boletin@ceuta.es