

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FUERZAS ARMADAS

INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA
"CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"
Glorieta del Ejército s/n 28047 Madrid
Teléfono: 914222428

VOL. 17 N° 202 agosto 2010

CASOS EDO CORRESPONDIENTES AL MES DE JULIO DE 2010 (1)

COMUNIDADES	Brucelosis		Infección Otitidiosa		Orzofe		Hepatitis A		Euglenozoa		Hepatitis infecc. otras		Hepatitis C		Tuberculosis respiratoria		Fiebre Q		Sarampión		Fiebre Tifosa		Varicela		VH		Hemorra Zoono		TBC Ganglionar Cerebral								
	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM	CHON	ACOM							
BALEAIA																																					
ASTURIAS																																					
CANTABRIA																																					
PAÍS VASCO																																					
LA RIOJA																																					
CASTILLA Y LEÓN																																					
NAVARRA																																					
ARAGÓN																																					
C. VALENCIANA																																					
CATALUÑA																																					
MADRID																																					
CASTILLA LA MANCHA																																					
EXTREMADURA																																					
MURCIA																																					
ANDALUCÍA																																					
BALEARES																																					
CANARIAS																																					
CEUTA																																					
MELILLA																																					
TOTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

* Los datos reflejan los enfermos declarados en las zonas de riesgo de las comunidades de riesgo en riesgo.

Edita



INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA
"CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"
Glorieta del Ejército s/n 28047 Madrid

NIPO: 076-10-027-2

INDICE

- Paludismo o Malaria. Págs. 1, 2 y 3.
- Casos declarados EDO julio 2010. Pág. 4.

PALUDISMO O MALARIA

INTRODUCCIÓN

El Paludismo o Malaria es una enfermedad parasitaria potencialmente grave, que constituye un problema importante de salud en gran parte de los países tropicales y subtropicales. El CDC calcula que cada año se presentan de 300 a 500 millones de casos de malaria y que más de un millón son fatales. Se transmite por la picadura de mosquitos infectados.

Actualmente, nuestras Fuerzas Armadas están desplegadas o lo han estado en zonas palúdicas, por lo que es necesario hacer frente a este riesgo potencialmente mortal, pero fácilmente evitable.

A falta de una vacuna eficaz la lucha antipalúdica se basa por un lado en el conocimiento de la epidemiología de la enfermedad y por otro en las medidas de profilaxis de exposición (protección frente a la picadura infectante y lucha antimosquito) y de disposición (educación sanitaria y quimioprofilaxis).

PAISES CON PALUDISMO ENDÉMICO. CDC 2010



Como en la actualidad no se dispone de una vacuna eficaz, son cuatro las normas fundamentales de protección contra esta enfermedad que debe tener en cuenta el personal que se desplaza a zonas de riesgo:

- Ser conscientes del riesgo.
- Evitar las picaduras de los mosquitos.
- Tomar la quimioprofilaxis recomendada.
- Conocer la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

Dado que el tipo de quimioprofilaxis varía según la zona a visitar, el tiempo de viaje, las características individuales y que ninguno de los medicamentos está desprovisto de efectos secundarios, la prescripción de los mismos deberá ser realizada de forma individualizada por personal sanitario adecuado.

Es importante cumplir el régimen quimioprofiláctico prescrito. En general, se debe comenzar a tomar la medicación recomendada antes de la entrada en la zona palúdica y se debe mantener durante la estancia en la misma y después de haber salido de dicha zona, según la indicación del fármaco utilizado.

A pesar de tomar cualquier medicación preventiva, la posibilidad de contraer paludismo no desaparece de forma absoluta.

Si durante o después del viaje aparecieran síntomas de paludismo, como fiebre, sudoración y escalofríos, aún tomando quimioprofilaxis, siempre se debe consultar rápidamente al Servicio Sanitario.

IMPDEF

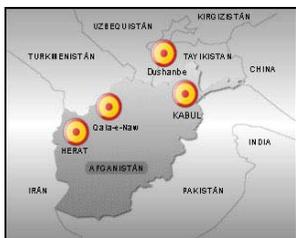


1885
2010

MISIONES FAS

ISAF

La malaria en Afganistán es endémica por debajo de los 2.000 metros de altitud, lo que significa que 12 millones de afganos viven en áreas de riesgo. Esto explica aproximadamente el 10% de todas las enfermedades febriles en este país. La anemia es un signo relativamente frecuente en Afganistán y la malaria es un factor que contribuye a ello en muchas áreas.



En el año 2003 (últimos datos disponibles según la OMS), hubo 591.441 casos confirmados de la enfermedad con una incidencia anual de 197/10.000 habitantes. El *P. vivax* representa el 93% de todos los casos confirmados de malaria y *P. falciparum* explica el 7% restante, extendiéndose entre el 0.002 en la provincia de Wardak hasta el 31% en la provincia de Takhar.

La malaria continúa siendo una amenaza seria para los ejércitos en distintas zonas del mundo. En concreto en Afganistán se han notificado casos en todos los ejércitos OTAN allí destacados, británicos (15 casos durante el período comprendido entre 2001/02), españoles (7 casos 2002/04), estadounidenses (38 casos durante el período comprendido entre junio y septiembre del 2002) y finalmente la antigua URSS (7.683 casos entre 1981/89).

Más recientemente han sido notificados en diciembre de 2008, en el Role 2 francés en Camp Warehouse 21 casos de paludismo, 19 de ellos por *P. falciparum* y 2 por *P. vivax*. Todos los afectados llegaron a Kabul entre agosto y octubre de 2008, y algunos tomaron quimioprofilaxis y otros no. La fuente de infección pueden ser los mosquitos que sobrevivieron al frío en dependencias climatizadas como pueden ser baños, etc.

Quimioprofilaxis:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su última actualización del año 2010 indica que en Afganistán existe riesgo de paludismo (por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium*

falciparum) desde mayo hasta noviembre, por debajo de 2000 m.

ATALANTA

La última actualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en Djibouti y Kenia existe riesgo de paludismo durante todo el año y en todo el país. Datos de un estudio reciente indican que durante los últimos 13 años el número de casos confirmados de paludismo por año fue entre 4.500 y 7.500 casos respectivamente, de los cuales el 98% se debieron al *Plasmodium falciparum*. La OMS (WHO Roll Back Malaria (RBM) clasifica a Djibouti como país de moderada a alta endemicidad, similar a Sudán, Somalia, Yemen y Afganistán, y estima que cada año se producen unos 80.000 casos de paludismo en el país.



Quimioprofilaxis:

La O.M.S. indica que en Djibouti existe riesgo de paludismo durante todo el año y en todo el país.

EUTM SOMALIA-UGANDA

En Uganda existe riesgo de paludismo o malaria (predominantemente por *Plasmodium falciparum*) durante todo el año y en todo el país, incluyendo las principales ciudades como Kampala, Fort Portal, Jinja y Mbale. El riesgo es escaso en las altiplanicies (por encima de 2.500 m.) de las montañas del Norte y el Oeste del país. Se ha documentado la existencia de resistencias a la cloroquina.



La malaria es la principal causa de morbilidad y mortalidad en Uganda y es responsable de hasta el 40% de las consultas externas, el 25% de las hospitalizaciones y el 14% de muertes hospitalarias. La carga de la malaria es mayor entre los niños menores de 5 años de edad y mujeres embarazadas. Según la OMS, los últimos datos recogidos en el 2.003 muestran una incidencia de 23.349 casos notificados.

Quimioprofilaxis antipalúdica:

La protección individual frente a las picaduras de mosquitos constituye la primera línea de defensa contra el paludismo.

La quimioprofilaxis actualmente recomendada por la OMS para las tres misiones citadas es tipo IV: mefloquina (Lariam®) o atovacuona + proguanil (Malarone®) o doxiciclina (Vibracina®, Doxiclat®), en función de las características de la misión.

En general, se pueden considerar las siguientes situaciones en la toma de estos medicamentos:

- Si se va a permanecer en el país únicamente para hacer escala, uno o dos días, y limitándose su estancia a un alojamiento que reúne ciertas medidas de seguridad en cuanto a la protección frente a mosquitos: ninguna quimioprofilaxis, extremando las medidas de protección frente a sus picaduras (manga larga, pantalón largo, prenda de cabeza y repelentes de insectos).

- Si se va a permanecer en el país pocos días (desde tres días hasta cuatro semanas): atovacuona + proguanil (Malarone®), más las medidas de protección frente a las picaduras de mosquitos.

Como ventaja su utilidad en estancias cortas, puesto que sólo es necesaria su administración durante una semana tras abandonar la zona palúdica.

- Si la estancia va a ser superior a las cuatro semanas, estaría indicada la mefloquina (Lariam®) o Doxiciclina (Vibracina®), más las medidas de protección frente a las picaduras de mosquitos.

En el caso de los pilotos, personal de aeronaves o aquellos que manejen instrumentos que requieran alto poder de concentración y/o precisión, en general está contraindicada la mefloquina (Lariam®), pudiendo tomar atovacuona + proguanil o doxiciclina.

Posología de la Atovacuona + Proguanil (Malarone®): un comprimido diario.

- Iniciar la profilaxis un día antes de entrar en la zona de riesgo.
- Continuar durante el periodo de estancia.
- Continuar diariamente hasta 7 días después de abandonar dicha zona.
- La dosis diaria debe ser ingerida con alimentos o con agua (para asegurar la máxima absorción) a la misma hora cada día.

Posología de la Mefloquina (Lariam®): 250 mg a la semana (una tableta).

- Comenzar su toma una semana antes de la llegada a la zona u otro país endémico intermedio.
- Mantener su toma durante toda la estancia.
- Proseguir hasta cuatro semanas después de abandonar dicha zona.
- La dosis semanal debe ser ingerida preferiblemente con alimentos y con agua, el mismo día de la semana.

Posología de la Doxiciclina (Vibracina®, Doxiclat®): 100 mg. al día (una cápsula)

- Iniciar la profilaxis un día antes de entrar en la zona de riesgo.
- Continuar durante el periodo de estancia.
- Proseguir hasta cuatro semanas después de abandonar dicha zona.
- Tomarla con abundante agua y no antes de acostarse.

Esta recomendación podría modificarse si se dieran circunstancias específicas, en función de los datos obtenidos en zona (conocimiento adquirido por el personal sanitario español presente en las sucesivas misiones, climatología local, existencia o no de vectores y considerando las recomendaciones de las Autoridades Sanitarias de los Ejércitos Aliados o de las Autoridades Sanitarias Locales).

Insistir en que la protección individual frente a las picaduras de mosquitos entre el anochecer y el amanecer constituye la primera línea de defensa contra el paludismo, siendo necesarias sucesivas aplicaciones a lo largo del día.

Todos los medicamentos antipalúdicos tienen contraindicaciones específicas y posibles efectos secundarios. Las reacciones adversas atribuidas a la quimioprofilaxis del paludismo son habituales, aunque la mayor parte son menores y no afectan a las actividades del viajero. Son raras las reacciones adversas graves.