

EL COLERA EN EL PERIODO 1961-1970¹

D. Barua² y B. Cvjetanović³

La eficacia de la infraestructura sanitaria de un país, respaldada por un servicio de vigilancia bien organizado puede impedir que el cólera introducido por cualquier vía de comunicación se convierta en una epidemia.

Al terminar la sexta pandemia hacia 1923, el cólera se retiró a su reducto tradicional en los deltas de los ríos Ganges y Brahmaputra. Allí su incidencia disminuyó progresivamente, incluso en los focos endémicos, aunque de vez en cuando la enfermedad alcanzaba proporciones epidémicas e invadía los territorios vecinos, en especial con ocasión de ferias o festejos públicos. Los brotes de cólera registrados durante la Segunda Guerra Mundial en zonas como Ucrania, totalmente aisladas por entonces de los focos endémicos conocidos, muestran el carácter imprevisible de ese antiguo azote (Friza y Rotter, 1966).

En el bienio 1937-1938 se descubrió un foco endémico de una enfermedad "coleroide" causada por el vibrión El Tor en la isla de Sulawesi (Célebes), integrada actualmente en Indonesia (de Moor, 1939). Esa enfermedad, que fue denominada paracólera, no manifestaba tendencias epidémicas aunque en ciertos casos se propagó hasta Yakarta y Singapur (Felsenfeld, 1963). En 1961, sin embargo, el paracólera dejó de ser estacional en Sulawesi y en los meses de mayo y junio invadió otras islas del archipiélago, probablemente a causa del desplazamiento de la población china y de los movimientos de tropas. Sarawak quedó infectado a finales de junio a raíz de una regata. Aunque los rumores sobre supuestos brotes en Kuangtung (China continental) no tuvieron

confirmación, la enfermedad continuó extendiéndose, llegando a Macao y Hong Kong en agosto y a Filipinas en septiembre. Es probable que nunca se sepa con certeza cómo empezó esta séptima pandemia ni cómo se introdujo la enfermedad en los distintos países.

Los brotes fueron totalmente inesperados. La inexperiencia de los países afectados en materia de cólera, agravada por la prolongada ausencia de la enfermedad y por la jubilación o la emigración del personal capacitado, dio lugar a enormes retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento, así como en la planificación de programas de lucha eficaces. Así, hasta pasado largo tiempo no se supo que el germen causal era el vibrión El Tor de Sulawesi y no el clásico *Vibrio cholerae* del subcontinente indopakistaní, aunque en realidad esa diferencia no tenía gran importancia práctica.

Teniendo en cuenta la variable epidemiológica de la infección El Tor, la OMS convocó en mayo de 1962 una reunión de urgencia del Comité de la Cuarentena Internacional, el cual recomendó que se aplicaran las mismas medidas al cólera El Tor que al provocado por el clásico *V. cholerae*.

No es fácil dar una idea precisa del estado actual del cólera en el mundo a causa de las dificultades que entraña la vigilancia. La enfermedad aparece sobre todo en los países en desarrollo que carecen de suficientes servicios básicos (sanitarios y de laboratorio) para descubrir y registrar todos los casos. El diagnóstico de los casos típicos no ofrece dificultades, pero no hay que olvidar que el cólera puede simular cualquier tipo de infección intestinal grave o leve. También es característico del cólera el llamado "fenómeno del iceberg": las infec-

¹Publicado en *Principios y práctica de la lucha contra el cólera* (Cuadernos de Salud Pública No. 40, de la OMS) págs. 15-21.

²Servicio de Enfermedades Bacterianas, OMS, Ginebra (Suiza).

³Jefe del Servicio de Enfermedades Bacterianas, OMS, Ginebra (Suiza).

ciones inaparentes son mucho más numerosas que los casos manifiestos.

Aunque todos los países afectados por el cólera han establecido algún tipo de vigilancia, todavía no existe un sistema uniforme de vigilancia o de notificación de casos a la OMS. La notificación puede verse dificultada por la falta de recursos o por un enfoque del problema del cólera carente de toda base científica. La mayoría de los gobiernos declaran el número de enfermos de cólera diagnosticados o ingresados en el hospital, pero algunos sólo comunican los casos confirmados bacteriológicamente. Pese a todo, las cifras notificadas a la OMS permiten seguir la evolución de la epidemia.

Hacia 1965, el *V. cholerae* clásico había sido reemplazado casi por completo en la India por el vibrión El Tor. En cambio, en el Paquistán Oriental sigue predominando el vibrión clásico (serotipo Inaba), que en 1968 provocó una grave epidemia en el Paquistán Occidental y fue aislado en algunos casos registrados en el oeste de Bengala (India). En la figura 1 (véase el frontispicio), se ha representado gráficamente la propagación del cólera en el período 1961-1970.

En 1969 el cólera estaba más extendido que en los tres años precedentes. Por primera vez en esta pandemia, Laos notificó su aparición. La enfermedad reapareció también en Hong Kong y en la República de Corea.

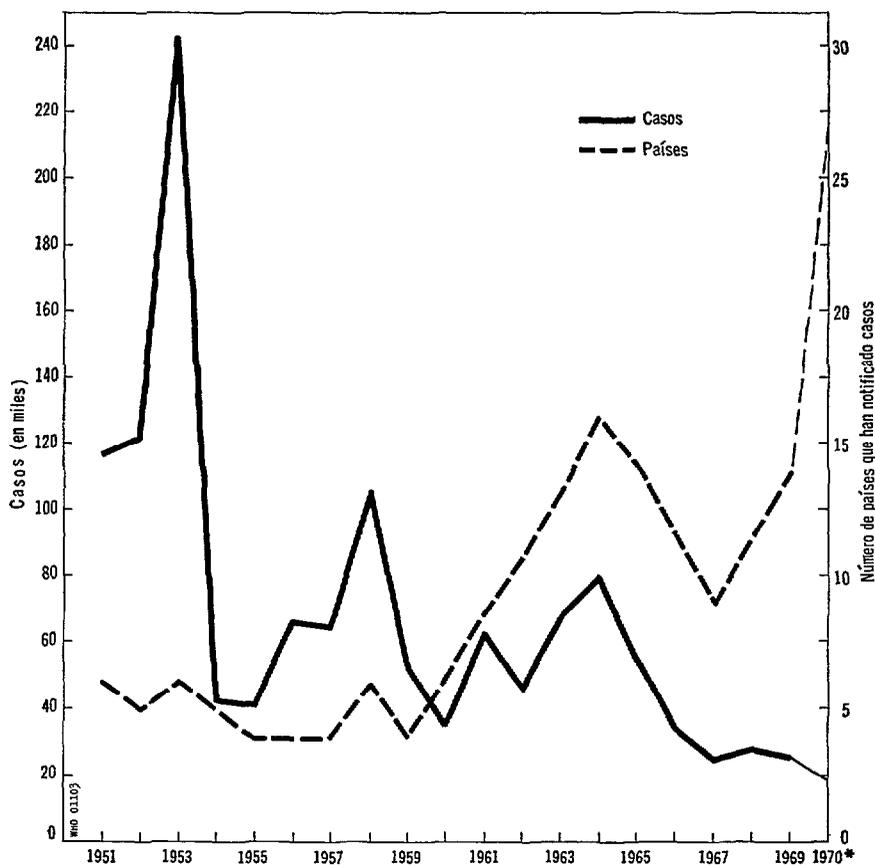
Pese a que algunos países no han facilitado información, puede considerarse que 1970 ha sido hasta ahora el peor año de la pandemia actual, aunque no puede excluirse que la enfermedad siga extendiéndose en los próximos años. Ciertamente es que en 1970 el cólera no planteó grandes problemas en el Asia oriental (si se exceptúan los brotes relativamente importantes registrados en Indonesia y Corea y la reaparición de la enfermedad en Sabah, Sarawak y Brunei, donde no se había señalado desde 1964-1965); en cambio, se extendió considerablemente por la cuenca oriental del Mediterráneo y, lo que es más significativo, hizo aparición en la URSS (tanto en la parte asiática como en la europea) y en los países del

norte y del oeste del Africa (figura 1). En el último decenio se ha registrado la presencia del cólera en 40 territorios por lo menos: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Birmania, Brunei, Camboya, la República de Corea, Costa de Marfil, Checoslovaquia, China (Taiwan), Filipinas, Guinea, Hong Kong, India, Indonesia (incluido Irián Occidental), Irak, Irán, Israel, Jordania, Kuwait, Laos, Líbano, Liberia, Libia, Macao, Malasia (Malaya, Sabah y Sarawak), Nepal, Omán bajo Tregua, Paquistán (Oriental y Occidental), Sierra Leona, Singapur, Siria, Tailandia, Túnez, Turquía, URSS (Astracán, Odesa, Kerch, Uzbejistán) y la República de Viet-Nam. En algunos de esos países el cólera ha penetrado repetidas veces después de haber estado ausente durante algunos años, mientras que en otros ha adoptado un carácter realmente endémico.

En la figura 2 se ha representado la incidencia anual del cólera desde 1951, según las cifras comunicadas a la OMS. El descenso iniciado en 1954 sólo se ha interrumpido dos veces en el curso de la actual pandemia: en 1958 y en 1964. Desde 1965 se ha registrado una disminución notable del número de casos declarados, pero al propio tiempo ha aumentado considerablemente la zona afectada por el cólera. Hasta 1961, sólo 3 a 6 territorios asiáticos declaraban anualmente la presencia del cólera, pero desde entonces se vienen señalando cada año casos de cólera en 9 a 27 países de los tres continentes (figura 3). En la India, las notificaciones procedían habitualmente de 6 a 10 estados, pero desde la invasión por el vibrión El Tor en 1964 el número de estados que declaran casos de cólera ha aumentado a 17; algunos de los nuevos estados invadidos estaban exentos de cólera hacía mucho tiempo o nunca habían conocido la enfermedad.

Durante la actual pandemia el cólera se ha introducido varias veces en el Japón por vía aérea o marítima, pero no llegó a implantarse debido a la eficacia de la infraestructura sanitaria y de los servicios de vigilancia. También en Australia, la República de China, Ghana y el Reino Unido se han descubierto y tratado con igual prontitud los casos importados.

FIGURA 2—Incidencia del cólera y número de países que han notificado casos de 1951 a 1970.



Fuente: Rapport de Statistiques sanitaires mondiales - World Health Statistics Report (antes Rapport épidémiologique et démographique - Epidemiological and Vital Statistics Report)

* Cifras provisionales (hasta el 30 de octubre)

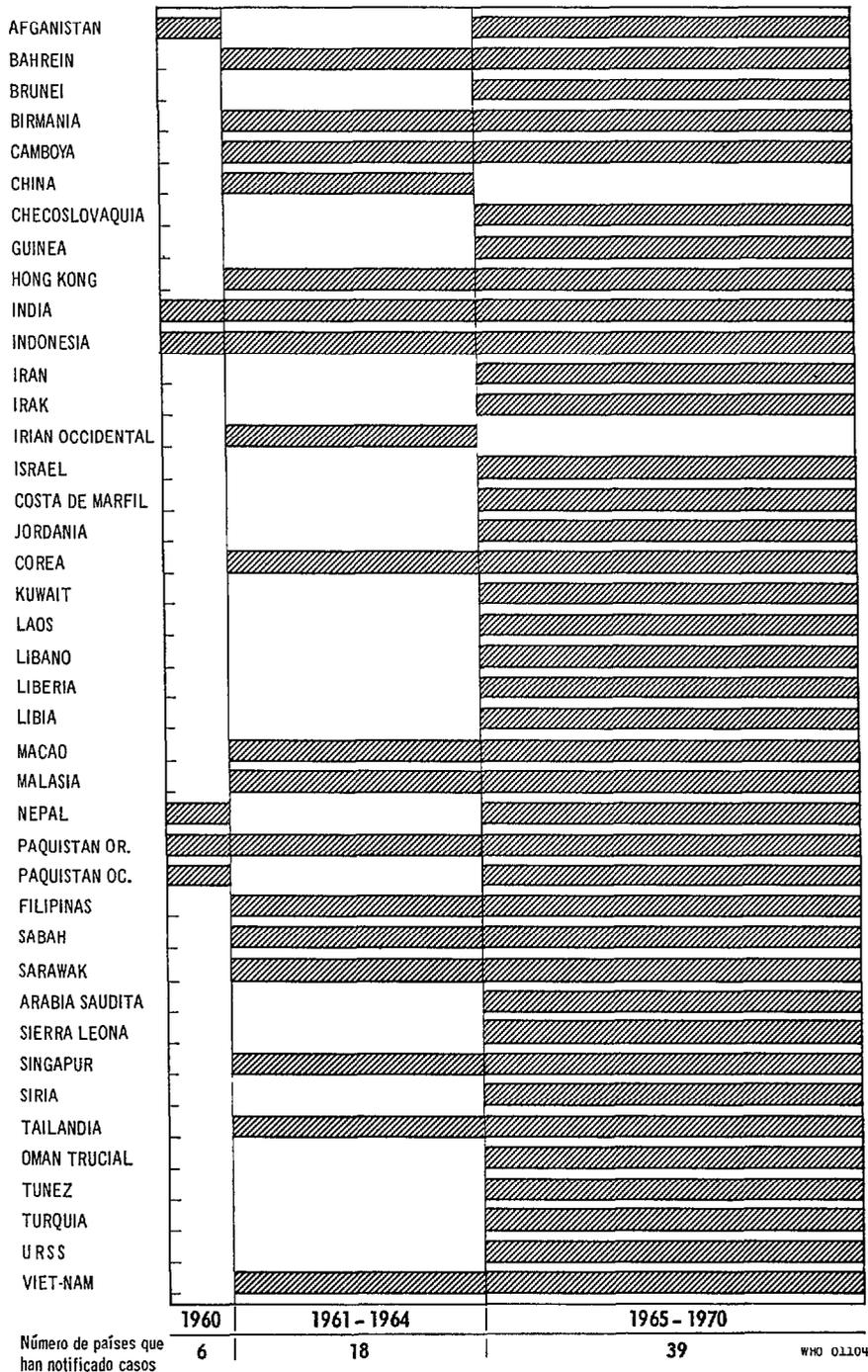
Los brotes de enfermedades “coleroides” registrados en Kumbhmela (India) (Gupta *et al.*, 1956), en Nitra (Checoslovaquia) (Aldova *et al.*, 1968), y en El Gedaref (Sudán) (*Wkly Epidem Rec-Relevé Epidém Hebd*, 1969), provocados por vibriones “no aglutinables” o “no coléricos” muestran que estos microorganismos deben considerarse también como patógenos potenciales capaces de provocar síntomas análogos a los del cólera en ciertas condiciones. Hasta ahora, sin embargo, dichos gérmenes no han manifestado una gran tendencia epidémica.

En varios estudios muy detenidos se ha visto que el biotipo El Tor puede provocar cuadros graves de cólera que no pueden distinguirse de

los causados por el *V. cholerae* clásico, y que es más resistente a los factores exteriores y a los antibióticos. El vibrión El Tor sobrevive algo más en el medio ambiente pero esta diferencia carece de valor epidemiológico; por otra parte, provoca más infecciones leves y asintomáticas que el vibrión clásico y menos casos secundarios en las familias. También se han hallado algunos portadores crónicos del vibrión El Tor.

Las observaciones mencionadas revelan ciertas analogías entre el cólera producido por el vibrión El Tor y las infecciones por *Shigella*. El remplazamiento del *V. cholerae* clásico por el biotipo El Tor, más resistente, como agente etiológico predominante de la actual epidemia

FIGURA 3—Notificación de casos de cólera por diferentes países en 1960, 1961-1964 y 1965-1970.



de cólera es comparable a la sustitución de las especies de *Shigella* más frágiles por la *Sh. sonnei* dotada de mayor resistencia. Sin embargo, la imprevisible capacidad del cólera para propagarse en condiciones apropiadas y provocar la muerte en pocas horas si se demora el tratamiento, pone de relieve el cariz mucho más grave de esta enfermedad y la necesidad de extremar la vigilancia.

Resumen

El cólera, cuya sexta pandemia terminó en 1923, apareció nuevamente en las Célebes en 1961, donde causó brotes inesperados.

Eventualmente se descubrió que el germen causal era el vibrión El Tor de Sulawesi y no el clásico *Vibrio cholerae* del subcontinente indo-paquistaní.

Es difícil dar una idea precisa del estado actual del cólera en el mundo a causa de las

dificultades que entrañan los servicios de vigilancia. Todavía no existe un sistema uniforme de vigilancia o de notificación de casos a la OMS.

Pese a que algunos países no han facilitado información, puede considerarse que 1970 ha sido hasta ahora el peor año de la pandemia actual.

En varios estudios detallados se ha determinado que el biotipo El Tor puede provocar cuadros graves de cólera que no pueden distinguirse de los causados por el *V. cholerae* clásico y que es más resistente a los factores exteriores y a los antibióticos.

La imprevisible capacidad del cólera para propagarse en condiciones apropiadas y provocar la muerte en pocas horas si se demora el tratamiento, pone de relieve el cariz mucho más grave de la enfermedad y la necesidad de extremar los servicios de vigilancia. □

BIBLIOGRAFIA

Aldova, E. et al. *J Infect Dis* 118:25-31, 1968.

Felsenfeld O. *Bull Org Mond Santé-Bull Wld Hlth Org* 28: 289-296, 1963.

Friza, F. y Rotter, K. *Z Tropenmed Parasit* 17: 3-5, 1966.

Gupta, N.P. et al. *Ind J Med Sci* 10: 781, 1956.

Moor, C.E. de. *Mededeelingen van den Dienst der Volksgezondeheid in Ned-Indië* 28: 320-355, 1939.

Relevé Epidém Hebd-Wkly Epidem Rec 44: 10, 1969.

Cholera during the period 1961-1970 (Summary)

Cholera, whose sixth pandemic period ended in 1923, reappeared in the Celebes in 1961, causing unforeseen outbreaks.

It was eventually discovered that the causal microbe was the El Tor of Sulawesi and not the classic *Vibrio cholerae* of the Indo-Pakistan sub-continent.

It is difficult to give an accurate account of the cholera situation in the world today because surveillance is not easy. There is still no uniform system either of surveillance or of reporting cholera cases to WHO.

Despite the supression of information by

certain countries, 1970 has proved the worst year of this pandemic so far.

Several careful studies have shown that El Tor biotype can cause severe manifestations of cholera indistinguishable from those caused by classic *V. cholerae* and that it is more resistant to various environmental factors and to antibiotics.

The unpredictable ability of cholera to spread under suitable circumstances and to cause death in a few hours if not promptly treated emphasizes the greater seriousness of the disease and the need for increased vigilance.

A cólera no periodo 1961-1970 (Resumo)

A cólera cuja sexta pandemia terminou em 1923, aparece novamente nas Ilhas Celebes em 1961 onde causou surtos inesperados.

Eventualmente se descobriu que o germe

causador era o vibrião El Tor de Sulawesi e não o clássico *Vibrio cholerae* do subcontinente Indo-paquistão.

E difícil dar uma idéia exata do estado atual

da cólera no mundo a causa das dificuldades que encontram os serviços de vigilância.

Ainda não existe um sistema uniforme de vigilância ou de notificação dos casos para a OMS.

Apesar de alguns países não terem facilitado informações, pode-se considerar que 1970 foi até agora o pior ano da pandemia atual.

Em vários estudos detalhados se tem visto que biotipo El Tor pode provocar quadros

graves de cólera que não se podem distinguir dos causados pelo *V. cholerae* clássico e que é mais resistente aos fatores exteriores e aos antibióticos.

A imprevisível capacidade da cólera para propagar-se em condições apropriadas e provocar a morte em poucas horas se o tratamento for demorado agravando a doença recalca a necessidade de extremar os serviços de vigilância.

Le choléra au cours de la période 1961-1970 (Résumé)

Le choléra, dont la sixième pandémie a pris fin en 1923, a réapparu à nouveau dans les Célèbes en 1961 où il a provoqué des poussées épidémiques soudaines.

Au cours des recherches, on a constaté que le germe causal est le vibron El Tor de Sulavesi et non le *Vibrio cholerae* classique du sous-continent indo-pakistanaï.

Il est difficile de dresser un tableau précis de l'état actuel du choléra dans le monde en raison des difficultés inhérentes aux services de surveillance. Il n'existe pas encore de système uniforme de surveillance ou de notification des cas à l'OMS.

Malgré le fait que certains pays n'ont pas facilité l'obtention de renseignements, on peut

affirmer que 1970 a été jusqu'à présent la plus mauvaise année de la pandémie actuelle.

Diverses études approfondies ont révélé que le biotype El Tor peut produire des poussées graves de choléra que l'on ne peut distinguer de celles qui sont dues au *V. cholerae* classique en outre, il est plus résistant aux facteurs extérieurs et aux antibiotiques.

La capacité imprévisible du choléra de se propager lorsque les conditions s'y prêtent et de provoquer la mort en quelques heures si l'on retarde le traitement, fait ressortir l'aspect extrêmement grave de la maladie et la nécessité de renforcer au maximum les services de surveillance.