



PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE ANISAKIASIS

Actualizado a febrero 2013

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
Introducción. Incidencia	3
Agente.....	3
Distribución y reservorio	3
Modo de transmisión	4
Periodo de incubación.....	4
Periodo de transmisibilidad	4
Susceptibilidad.....	4
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	4
Objetivos.....	4
Definición de caso	4
Clasificación de los casos	4
DEFINICION DE ALERTA	5
MODO DE VIGILANCIA	5
Notificación de alerta por caso de brote o cluster.....	5
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	6
Organización de recursos.....	6
Medidas cautelares.....	6
Medidas preventivas	6
BIBLIOGRAFÍA	7
ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ANISAKIASIS	8

Protocolo de Vigilancia y Alerta de ANISAKIASIS

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción. Incidencia

La anisakiasis es una Enfermedad de Declaración Obligatoria, de declaración ordinaria, en Andalucía desde el año 2002. En este protocolo se establecen supuestos de presentación de casos que suponen alerta epidemiológica.

La enfermedad consiste en una parasitosis zoonótica del tubo digestivo humano que suele manifestarse con dolor abdominal de tipo cólico y vómito. Se adquiere por ingestión de pescado de mar crudo o tratado inadecuadamente y que contenga larvas de nematodos ascaroides.

Las larvas penetran en la pared del estómago y producen ulceración aguda con náusea, vómito y dolor epigástrico, acompañados a veces de hematemesis. Pueden migrar en sentido ascendente y fijarse en la orofaringe, lo que causa tos. En su forma gástrica (el 72% de las ocasiones), predominan la epigastralgia y los vómitos, con eosinofilia en menos del 30% de los casos. Endoscópicamente, se encuentra un tumor evanescente, un pliegue engrosado o simplemente larva sobre mucosa de aspecto normal. Pueden evolucionar a una forma crónica, en la que la larva degenera sobre un absceso o granuloma que la rodea. En su forma intestinal se presenta con dolor abdominal agudo, que puede llegar a tener características de peritonismo y cuadro obstructivo.

Para hablar de alergia al anisakis se necesitan no sólo pruebas de laboratorio que indiquen una sensibilización (IgE específica), sino también una clínica compatible que las acompañe, como urticaria, angioedema e incluso, anafilaxia tras minutos de la exposición. La mayoría de las veces habrá que conformarse con un diagnóstico de sospecha, ya que la epigastralgia aguda no es una indicación establecida para la realización de una endoscopia digestiva alta urgente.

En un estudio⁶ realizado en 1999 en Córdoba en el norte de la provincia, se observó una prevalencia de parasitación en pescados de un 15%. Entre 2003 y 2012 se registran 42 casos de EDO en Andalucía en *red alerta*: 1 en Cádiz, 2 en Almería, 2 en Sevilla, 3 en Granada, 6 en Jaén, 11 en Málaga y 18 en Córdoba (fuente: SVEA). Entre 2009 y 2011, en Andalucía se registran 26 casos en el CMBD (Co:10, Gr:2, Hu:1, Ja:1, Ma:12, Se:3). En España entre 1997 y 2011 se registran en el CMBD 747 casos, el 51,6% entre 15 a 44 años y el 33% entre 45 a 64 años¹⁰.

Agente

El anisakis es un parásito del pescado distribuido por todo el mundo; es un nematodo de la superfamilia ascaroidea, subfamilia *Anisakinae*, de los géneros *Anisakis* y *Pseudoterranova*, descrito por Rudolphi por primera vez en 1809.

Distribución y reservorio

Hay una multitud de especies de pescado infectadas, aunque el pescado predominante como causa de la infección varía de un país a otro, y depende de las costumbres de cada uno. En general, los principales portadores son el pescado crudo, en conserva, ahumado, seco, en vinagre, o poco cocinado, los crustáceos (gambas, langostinos, etc.) y los cefalópodos (sepia, calamares, etc.). Es una enfermedad frecuente en Japón (consumo de sushi y sashimi), Pacífico latinoamericano (ceviche) y Países Bajos (arenque).

En España las principales causas de la infección son las anchoas, los boquerones y las sardinas. La tasa de parasitación por anisakis del pescado que llega a los mercados españoles es variable, en función de las especies y de la zona geográfica de captura^{1,2,3,4,5} siendo, al parecer, esta tasa menor en los peces procedentes del Mediterráneo y mayor en los pescados procedentes del Atlántico y Cantábrico.

Modo de transmisión

El hombre es un huésped accidental de los anisakis que se introduce en el ciclo vital del parásito al ingerir a un huésped intermedio de éste, de manera que no llegaría a adquirir su forma adulta, a diferencia de lo que sucede en los mamíferos marinos (huéspedes definitivos).

Periodo de incubación

Pueden presentarse síntomas gástricos a las pocas horas de ingerir el pescado. Los síntomas derivados de la afección de los intestinos delgado y grueso aparecen en cuestión de días o semanas en función del tamaño y ubicación de las larvas

Periodo de transmisibilidad

No hay transmisión directa de persona a persona

Susceptibilidad

Al parecer la susceptibilidad es universal

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la anisakiasis en la población.
2. Prevenir, detectar precozmente y controlar la difusión de la enfermedad.
3. Apoyo para las actuaciones preventivas para productos de la pesca.

Definición de caso

Criterios clínicos

Persona que presenta síntomas clínicos compatibles con una parasitación del tracto digestivo por acción local del parásito, con un cuadro similar a un abdomen agudo por apendicitis o peritonitis, presentando dolor epigástrico o dolor abdominal tipo cólico y vómitos; puede existir hematemesis y llegar a la suboclusión intestinal y a una intervención quirúrgica de urgencia. A veces se presenta también fiebre y diarrea.

Criterios analíticos

El diagnóstico de certeza sólo se puede establecer mediante el examen anatomopatológico con la presencia de una enteritis eosinofílica y/o la visualización directa del parásito con la realización de una endoscopia digestiva alta o en tejido extirpado quirúrgicamente.

Criterios epidemiológicos

Antecedente de la ingesta de pescado crudo o poco cocinado horas o semanas antes.

Clasificación de los casos

Caso posible: No procede

Caso probable: Persona que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos con una clínica compatible en una correcta anamnesis que recoja el antecedente de ingesta de pescado (sensibilidad del 98,4%),

con pruebas serológicas positivas y/o pruebas cutáneas específicas pues ante la ausencia de positividad de éstas hay una probabilidad del 95,6% de ausencia de parasitación.

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios clínicos, epidemiológicos y analíticos.

DEFINICION DE ALERTA

La Anisakiasis es una enfermedad que, en general, se presenta de forma esporádica y aislada. Se considera alerta:

- La presentación de un caso relacionado con la ingesta de un alimento comercializado incluido en la red de alerta alimentaria (SCIRI).
- La presentación de dos o más casos (brote) con sospecha o confirmación de ser originados por una fuente de infección común (generalmente un alimento contaminado).

MODO DE VIGILANCIA

Según la Orden de 11 de diciembre de 2008, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria.

Los casos son normalmente detectados en el medio hospitalario, dada la sintomatología clínica que pueden presentar y las posibilidades diagnósticas, y suelen ser declarados al Servicio de Medicina Preventiva.

Notificación de alerta por caso de brote o cluster.

La sospecha de alerta se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas si la detección de la sospecha de la alerta se produce en Atención primaria la notificación se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, mediante teléfono. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará telefónicamente con EAP del Distrito Sanitario correspondiente. EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, e informarán vía telefónica a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

- Desde EAP se pondrán en contacto con el Centro de Salud correspondiente.
- La Sección de Epidemiología de la Delegación, tras comunicarlo al Jefe de Servicio, valorará la necesidad de comunicarlo a otra unidad de la Delegación, u otros organismos, según características y magnitud de la alerta.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará:

- A la EPES, utilizando el número de teléfono **902.220.061**.
- La EPES avisará a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará, si procede, al teléfono central de alertas.

Dada la posibilidad de implicación de un producto de pesca con distribución, se realizará la encuesta epidemiológica a todos los casos que se declaren, adjuntándose la misma en la ficha correspondiente en redalerta.

En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de *redalerta* el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días. Desde el SESL, se remitirá este informe al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Si se sospecha interés supracomunitario, se informará de forma urgente.

La declaración de alerta por brote complementa pero no sustituye la declaración individualizada de cada caso.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos

Toda declaración de alerta por brote implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, el EAP, Epidemiología de distrito o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detallan en el punto posterior.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

Medidas cautelares

- Encuesta alimentaria: tipo de alimento, distribución y lugar de compra.
- En caso de sospecha de alimento se procederá a la toma de muestras reglamentarias, recogidas en su acta correspondiente, para su posterior análisis e inmovilización cautelar si procediese.

Medidas preventivas

- Medidas de aislamiento de los casos: No proceden.
- Búsqueda activa de casos: No procede.
- Evitar los platos de riesgo como el consumo de pescado crudo o prácticamente crudo -salvo que previamente haya sido congelado-, como salazones, ahumado, marinado, carpaccio, o escabeche, pues la larva es capaz de sobrevivir hasta 225 días en vinagre y 21 días en salazón
- Cocinar a más de 60° C durante al menos 10 minutos.
- Si se consume pescado crudo, congelar previamente a -20° C al menos 24 horas, o consumir pescados ultracongelados en alta mar (eviscerado tras la captura).
- Es útil examinar a la luz los productos de la pesca, donde pueden verse los parásitos.
- Educación sanitaria a la población general.
- Aplicación de la norma en establecimientos de restauración según el Real Decreto 1420/2006 de 1/12/2006.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira JM. Algunos aspectos de la epidemiología y prevención de la anisakiasis. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Valladolid; 1992.
2. Rafaela de la Torre Molina, José Pérez Aparicio, Manuel Hernández Bienes, Rafael Jurado Pérez, Antonio Martínez Ruso y Emilio Morales Franco. Anisakiasis en pescados frescos comercializados en el norte de Córdoba. Rev. Esp. Salud Pública vol.74 n.5-6 Madrid Sept./Dec2000
3. Valero A, Martín-Sánchez J, Reyes-Muelas E, Adroher FJ. Larval anisakids parasitizing the blue whiting, *Micromesistius poutassou*, from Motril Bay in the Mediterranean region of southern Spain. J Helminthol. 2000 Dec;74(4):361-4.
4. Gómez A, Merchante E, Moreno JC, Fente P, Izquierdo R. Parasitación por nematodos de la familia Anisakidae en pescados comercializados en el Municipio de Madrid. Laboratorio Municipal de Higiene de Madrid, 1990.
5. Adroher FJ, Valero A, Ruiz-Valero J, Iglesias L. Larval anisakids in horse-mackerel (*Trachurus trachurus*) from the fish market in Granada, Spain. Parasitol Res 1996; 82: 319-322.
6. Estudio de 143 casos de anisakiasis en la provincia de Córdoba. Diego López Peñas y otros. Med Clin 2000; 114: 177-180.
7. Anisakis, pasado, presente y futuro, Henríquez Santana A, Villafruela Cives M, Med Clín 2009; 132 (10); 400-403.
8. El Control de las enfermedades transmisibles en el hombre. David L. Heymann editor, Organización Panamericana de la Salud. 2011.
9. La anisakiasis. SVEA, Informe Semanal, Volumen 12, nº 2.
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD.
11. Real Decreto 1420/2006 de 1/12/2006 sobre prevención de la parasitosis por anisakis en productos de la pesca suministrados por establecimientos que sirven comida a los consumidores finales o a las colectividades.
12. ORDEN de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ANISAKIASIS

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso redalerta:

Asociado a brote: Sí No Desconocido Identificador del brote:

Apellidos: Nombre: Edad:años

Domicilio: Localidad:

Provincia: TLF. : Sexo: V M

DATOS CLÍNICOS Y DE DIAGNÓSTICO

Fecha comienzo de síntomas: __/__/____ Fecha diagnóstico: __/__/____

Ingreso hospitalario: Fecha: __/__/____ Fecha alta: __/__/____

Hospital: _____

Servicio: _____

Sintomatología clínica:

Obstrucción intestinal: Sí No Dolor Abdominal: Sí No

Vómitos: Sí No Hematemesis: Sí No

Fiebre: Sí No Anafilaxia: Sí No

Otros (especificar): _____

Diagnóstico anatomo-patológico:

Enteritis Eosinofílica: Positiva Negativa

Presencia de parásitos: Presencia Ausencia

Análisis serológico:

IGE específica (valor): _____

Fecha de diagnóstico microbiológico: __-__-____ Unidad: _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ALIMENTARIOS:

Consumo de boquerones en vinagre: Sí No

Consumo de pescado crudo: Sí No

Otra clase de pescado: Sí No

Nombre si es un alimento con marca comercial _____

Donde lo consumió. Nombre y dirección: _____

¿Cuándo? _____

¿Quién lo elaboró? _____

¿Conoce otras personas con los mismos síntomas?: _____

Otros antecedentes de interés: _____

CLASIFICACIÓN

Clasificación del caso: Probable Confirmado

Criterio clínico: Sí No Desconocido

Criterio de laboratorio: Sí No Desconocido

Criterio epidemiológico: Sí No Desconocido

OBSERVACIONES:

DATOS DEL DECLARANTE:

Fecha declaración del caso: __/__/____

Médico que declara: _____

Centro de trabajo: _____ Tlfno: _____

Municipio: _____ Provincia: _____
