

Este boletín revisa las alertas de marzo 2008. Fuentes: Pro MED, OMS, TropiMed News, TropNet Europ, santé-voyages

Francesca Norman, Carolina Jiménez, José Antonio Pérez-Molina, Rogelio López-Vélez
Medicina Tropical. Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Para más información pueden referirse al mail: es-ci@gsk.com



Fiebre Amarilla

Se mantiene el brote de fiebre amarilla declarado en varios países de Suramérica. Debido a esto han cambiado algunas de las recomendaciones internacionales en cuanto a la vacunación de fiebre amarilla. Los CDC recomiendan la vacunación a todos los viajeros mayores de 9 meses que viajen a zonas forestales del Norte y Noreste de Argentina incluyendo las zonas de Iguazú, toda la provincia de Misiones y todas las zonas que bordean Paraguay y Brasil. Se recomienda vacunación a los viajeros a Paraguay (todas las zonas) y áreas de Brasil (consultar recomendaciones oficiales en sección PERLAS). En Bolivia se está exigiendo el certificado internacional de vacunación a todos los viajeros mayores de 12 meses (aunque los CDC amplían esta recomendación a mayores de 9 meses para ciertas zonas del país). Además los viajeros deberán extremar precauciones para evitar picaduras de mosquitos para prevenir la infección.

Paraguay: Se han notificado más de 20 casos de fiebre amarilla desde el inicio del brote con un total de 8 fallecidos. Se han administrado más de 1.400.000 dosis de vacunas en los distritos de más riesgo, documentándose 171 efectos adversos a la vacuna y entre éstos 5 graves (3 casos de encefalitis y 2 casos de Síndrome de Guillain-Barré). Hasta la fecha en



ALERTAS

Fiebre Amarilla / Rabia / Nipah virus / Polio / Gripe Aviar / Cólera / Fiebre Tifoidea / Hepatitis E / Dengue / Chicungunya / Meningitis meningocócica / Sarampión / Parotiditis / Ébola / Arbovirus / Tularemia / Enfermedades transmitidas por priones

PERLA

Brasil

ALERTAS

SUMARIO

este brote se han visto principalmente afectados los departamentos de San Pedro (13/24 casos), Central (10/24) y Caaguazú (1/24).

Argentina: Declarados 3 nuevos casos (1 fallecido), en los departamentos de Guaraní y El Dorado en la provincia de Misiones. Se han administrado casi 1 millón de vacunas, con coberturas vacunales estimadas en algunas zonas de riesgo del 95%.

Brasil: Las autoridades confirman dos nuevos casos de fiebre amarilla autóctona (1 fallecido) en Paraná. Serían los primeros casos confirmados en esta zona desde el año 1966. En el país confirmados al menos 38 casos (20 muertes).

Rabia

Francia: El 26/2/08 el Instituto Pasteur confirmó el diagnóstico de rabia (genotipo 1, línea africana) en un perro doméstico de Grandpuits (distrito de Seine-et-Marne, periferia de París). Se ha podido identificar el caso índice como un perro del distrito de Gers (sur del país), introducido ilegalmente en Francia desde Marruecos en octubre de 2007. El perro entró en Francia tras un viaje en coche por la península ibérica parando únicamente tres días en Portugal (área no precisada) y ninguno en España. A la luz de los resultados de la investigación, a fecha de 13 de marzo, las áreas geográficas y periodos de riesgo son: Montestruc-sur-Gers (Gers) y alrededores, desde 1 Nov 2007; Grandpuits (Seine-et-Marne) y alrededores, desde 15 Dic 2007; Lisieux (Calvados) y alrededores, desde 15 Dic 2007.

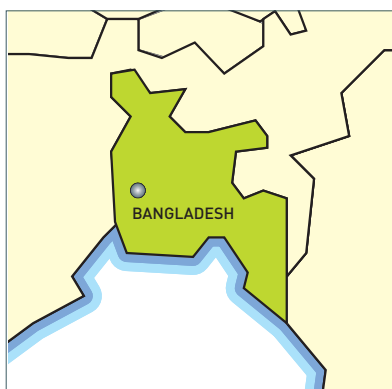
Se han estudiado los contactos caninos y humanos en los 3 distritos (152 personas vacunadas) y se ha lanzado una campaña de información pública en los medios de comunicación (franceses y portugueses) y de información a sanitarios. Hasta

la fecha no se han producido casos sospechosos en humanos. Francia fue endémica para rabia en zorros, especialmente a lo largo de la frontera con Alemania, hasta los años 90. Se declaró libre de rabia en 2001. El último caso de rabia autóctona en humanos transmitida por un carnívoro fue en 1924 y los casos importados han sido escasos, 20 desde 1970-2008 (90% de ellos desde África). Éste no es el primer caso en el que se ve implicado un perro introducido ilegalmente desde Marruecos en coche cruzando España: en 2004 hubo otros 3 casos de rabia canina similares, también sin transmisión secundaria a humanos. En Europa occidental se han declarado 9 casos importados desde 2000, dos de ellos desde Marruecos. Las normas sanitarias europeas que afectan a la entrada de animales carnívoros en la unión son esenciales y deben ser aplicadas con rigurosidad.

Nipah virus

Bangladesh: Se declara un brote de infección por virus *Nipah* en los distritos de Manikgani y Rajbari de Bangladesh, con un total de 9 muertes y 10 casos de enfermedad grave. La infección por *Nipah* cursa con un cuadro de encefalitis con elevada morbi-mortalidad y posibilidad de secuelas neurológicas. En una minoría se asocia neumonía atípica con infiltrados difusos intersticiales.

El virus *Nipah*, familia paramyxovirus, recibe su nombre del poblado de Sungai Nipah en Malasia, donde se describió por primera vez. Se distribuye en la zona de Asia y el Pacífico, al igual que el virus *Hendra*, otro virus zoonótico que también se ha identificado recientemente. Los dos virus tienen como reservorio el murciélago de la fruta (especie *Pteropus*), pueden infectar a un huésped intermedio (caballos en el caso de virus *Hendra* y cerdos el virus *Nipah*) con posterior transmisión a los humanos. En un brote previo en Bangladesh, se han descrito casos de *Nipah* en el que no había huésped intermedio aparente, así que podría existir transmisión directa a humanos y contagio de persona a persona. Por lo tanto y al ser el tratamiento de la infección principalmente de soporte, habría que reforzar las estrategias para interrumpir la transmisión de virus en caso de sospecha o confirmación de infección por *Nipah*.



Polio

India: Se identifica el primer caso de infección por poliovirus tipo 1 (P1) de este año en una niña de 14 meses de la zona de Kirti Nagar. Desde principios del 2008 se han confirmado 106 casos de polio en la India pero hasta ahora todos habían sido cepas de poliovirus tipo 3 (P3). Esta última notificación representa el primer caso de P1 en Delhi desde Agosto del 2006. P1 se disemina más rápidamente y afecta a más niños mientras que el P3 tiene una virulencia más baja. Se estima que P1 causa parálisis en 1 de cada 200 niños comparado con el P3 que la produce en 1 de cada 1.000 infecciones. Se están intensificando los programas de vacunación en las zonas de mayor riesgo del país.

Gripe Aviar

Egipto: Tras el primer brote de la cepa HPAI H5N1 en Febrero del 2006 el gobierno egipcio adoptó medidas para controlar la enfermedad y el riesgo de infección humana. Recientemente se ha iniciado la vacunación sin coste de aves en el sector comercial privado. Pese a estas medidas se han declarado 47 casos de infección humana, 20 de ellos fatales.

Vietnam: Ha fallecido un niño de 11 años en la provincia de Ha Nam. Con esto se elevan los casos a un total de 106, con 52 muertes, desde diciembre del 2003. Se han visto afectadas al menos 35 ciudades del país.

China: Las últimas cifras oficiales confirman un total de 29 casos (19 muertes).

Cólera

El brote de cólera continúa afectando a multitud de países africanos. Los viajeros deberían extremar precauciones especialmente en cuanto al consumo de agua.

Somalia (Gedo): 24 fallecidos, la ola de calor y el alto índice de humedad que afecta la región han acelerado los efectos clínicos de la infección bacteriana.

Namibia (Ohangwena): Se ha notificado tres muertes y decenas de infectados en el norte del país donde las inundaciones que han causado el desplazamiento de miles están favoreciendo la propagación de la infección.

Tanzania (Arusha): Persiste epidemia en zona de Arusha.

Uganda (Arua): El brote empeora por la falta de fondos para comprar material básico para contener la infección. En esta zona existe una alta densidad poblacional y las medidas de eliminación/ drenaje de residuos son deficientes.

Mozambique: 48 fallecidos y casi 4500 infectados desde el inicio del brote.

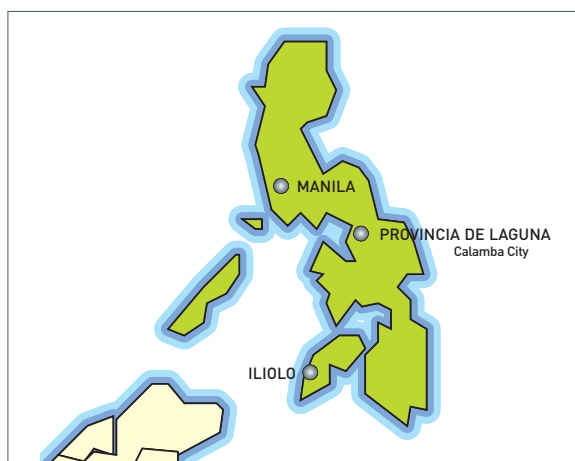
Zimbabwe: Se ha extendido el brote de cólera desde Mozambique y se han identificado al menos 15 muertes atribuibles a la enfermedad en el último mes.

Angola: Se han declarado brotes en las áreas de Cunene, Huambo y Benguela.

Zambia: Afectada por cólera la zona de Lusaka.

Fiebre Tifoidea

Filipinas: Se ha objetivado un aumento del número de casos de esta enfermedad bacteriana en la zona de Iloilo y en Calamba City (provincia de Laguna) al sur de Manila desde mediados de febrero. Se han declarado más de 1.000 casos y se piensa que la transmisión se debe a la contaminación de agua pero aunque las autoridades han puesto en marcha un programa de detección todavía no se ha conseguido identificar el origen de este brote.



Hepatitis E

Uganda: El Ministerio de Sanidad del país y la OMS confirman el brote de Hepatitis E en Madi Opei (condado de Lamwo en el norte de Uganda, zona fronteriza con el sur de Sudán) que ya ha ocasionado 11 muertos y más de 300 enfermos desde el inicio de la epidemia en noviembre 2007. El 75% de los casos se han producido en personas entre 15 y 44 años de edad. El brote se atribuye a la contaminación de aguas, las practicas de higiene subóptimas y a la falta de material sanitario. Además se han constatado fallos en los programas de cloración del agua que se habían instaurado para controlar el brote.

Dengue

México: En los últimos 4 años la incidencia de dengue clásico (DC) y de dengue hemorrágico (DH) ha aumentado un 800%: 48.000 casos en 2007 en un total de 28 estados, incluyendo algunos clásicamente no endémicos como Coahuila y Nuevo León. Diez casos mortales. El 80% de la transmisión se debe a *Aedes aegypti*, que se concentra en el sureste del país (Chiapas y Veracruz). En lo que va de 2008 se han declarado 1.059 casos de DC y 321 de DH, sin fallecimientos. Se han detectado los cuatro serotipos de virus, aumentando la posibilidad de brotes de DH. En el 2007 el gobierno canadiense lanzó una alerta a sus ciudadanos desaconsejando las visitas a Cancún, Acapulco y Puerto Vallarta, tras el fallecimiento de un viajero canadiense. Esto muestra el efecto adverso que puede tener el dengue sobre las zonas turísticas.

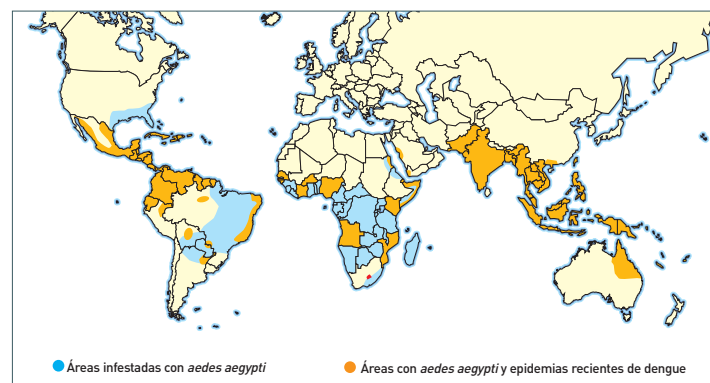
Saint Barthelemy (Caribe francés): En prealerta desde noviembre 2007. En torno a 20 casos semanales (por encima del umbral epidémico).

Saint Martin (Caribe francés): Casos sospechosos por encima del umbral epidémico, pero sin confirmación microbiológica.

Trinidad y Tobago: 108 casos confirmados en primeras semanas del año.

Brasil: Río de Janeiro: 20 muertes hasta mediados de marzo (11 niños y un adolescente) con un 30% de infecciones en <15 años. Declarados 63 casos en embarazadas y 2 casos en recién nacidos que están siendo investigados por posible transmisión transplacentaria. Amazonía: dos niños muertos en la ciudad de Manaus en lo que va de año (el mismo número de muertes que en todo el 2007 en toda la zona). Otros estados afectados actualmente: Pará, Bahía y Ceara. La tasa de mortalidad por DH en Brasil, es ahora de un 10%, la más alta de Latinoamérica (media mundial en torno al 5%). El número total de muertes es difícil de estimar, sólo se declaran los casos de DH y no las muertes debidas a otras formas (DC o dengue complicado). La cifras del ministerio de salud estiman 225 fallecidos (probablemente sean más de 300).

Mapa distribución del Dengue. Año 2000



Disponible en www.cdc.gov. Visita realizada el 28/2/08

Perú: Situación de alerta por epidemia en Loreto, La Libertad y Ucayali.

Nueva Caledonia: Más de 200 casos este año (la mayoría en el área de Noumea) especialmente las últimas tres semanas, alcanzando el grado de preepidemia.

Filipinas: Brote en la ciudad de Zamboanga (406 casos, 2 muertes). En la región de Visayas Central (1.045 casos, la mayoría niños, 25 muertes) la mortalidad por dengue es un 76% mayor que el mismo periodo en 2007, siendo la ciudad de Cebu la zona más afectada (un 172% de casos más que el mismo periodo del año pasado).

Tailandia: Hasta la fecha registrados un 77% más de casos que en el mismo periodo del año pasado. En este año se han dado más casos en la región central que en la región sur. El gobierno ha lanzado una campaña de información y de erradicación del vector y su hábitat mediante voluntarios que realizarán visitas a domicilio.

Australia: Casos en aumento en Port Douglas: ya registrados 14 afectados.

Chicungunya

Sri Lanka: Expansión del virus en el área de Deraniyagala.

India: El brote que desde 2006 ha afectado a 1,4 millones de personas puede haber causado el aumento de la mortalidad observado en la ciudad de Ahmedabad (basado en la comparación de la tasa de mortalidad actual y esperada en dicha ciudad). La cepa que se detectó en Reunión en 2005 y que se extendió a India y a Italia también se asoció a un aumento de morbilidad y mortalidad.

Meningitis meningocócica

Burkina Faso: Continúa empeorando el brote en este país, con 3.181 casos y 366 muertes del 1 enero- 2 marzo. Son 14 los distritos afectados y cinco de ellos han declarado el estado de epidemia (más de 10 infectados/100.000 habitantes). La campaña de vacunación de la población (2 a 29 años) sigue en curso.

Sarampión

Irak: En la provincia de Ambar, en el oeste del país, en un intento de controlar el brote que ya ha afectado a 100 niños, se está llevando a cabo una campaña de vacunación casa por casa con triple vírica con el fin de vacunar a 200.000 niños menores de 5 años. La guerra y la situación de inseguridad han aislado esta provincia, fronteriza con Siria, Jordania y Arabia Saudita, en los últimos 3 años mermando los sistemas de salud. Como resultado, se ha producido un deterioro en la cobertura vacunal: tan sólo 4 niños habían recibido la triple vírica en 2007. La campaña está organizada por el Ministerio de Sanidad, la OMS y UNICEF y subvencionada por la Comisión Europea.

Australia: Declarado un pequeño brote en Cairns (sólo 6 personas afectadas), pero con gran potencial de expansión dada la movilidad de los casos índice (4 estudiantes) y la contagiosidad del virus (un estudiante contagió a un minero y éste a un compañero: se está vacunando a todos los trabajadores de la mina). Se trata de los primeros 4 casos de adquisición local en los últimos 11 años y esto ha alertado a los servicios de salud pública.

SARAMPIÓN IMPORTADO

EEUU: Primer caso en el estado de Virginia desde 2001. Un niño de 15 meses se contagió durante una estancia en India. Aunque son 500 las personas potencialmente expuestas, hasta la fecha no se han producido casos secundarios. Segundo caso en Arizona, relacionado con la turista que importó el virus de Suiza. Los Estados Unidos, como otros países de occidente no endémicos, siguen siendo vulnerables a la reintroducción del sarampión a través de niños parcialmente/no vacunados y de viajeros de países donde circula el virus. La transmisión nosocomial del virus, que ya se observó en otros brotes en países europeos, es posible a través de individuos no vacunados o parcialmente vacunados. Se debe insistir en la vacunación del viajero a zona endémica y del personal sanitario no inmune.

Dinamarca: Cinco infecciones en adultos de entre 23-39 años en Copenhagen. El caso índice es un varón no vacunado que desarrolló la enfermedad a los 9 días de regresar de Nepal. La transmisión en los otros casos parece haber sido nosocomial. Este pequeño brote muestra cómo en Dinamarca existe una bolsa de adultos susceptibles (la triple vírica se introdujo en el calendario danés en 1987).

Parotiditis

Canadá: Se está viviendo un brote de parotiditis desde 2007. Se ha extendido de este a oeste, llegando este mes a la costa del Pacífico (estado de British Columbia).

Ébola

Uganda: El Ministerio de Sanidad está pendiente de confirmar la sospecha de dos nuevas muertes por Ébola en Bundibugyo, Uganda. El 22 de febrero de 2008 se había declarado el país libre del virus tras un brote que comenzó en noviembre del 2007 y causó al menos 40 muertes.



Virus del Ébola

Arbovirus

Australia: Las autoridades sanitarias están recomendando la protección contra mosquitos tras registrarse un incremento en tres veces del número de casos de arboviriasis en los dos primeros meses del año. Ha habido 380 casos de infección por virus *Ross River* y 121 por virus *del bosque de Barmah*. Ambos son arbovirus endémicos en la costa australiana que causan epidemias de poliartritis benigna. Además, se ha detectado la presencia en mosquitos y pollos del virus de la encefalitis del valle de Murray, una zoonosis potencialmente mortal, en Leeton y en las marismas de Macquarie. No se han registrado casos en humanos.

Tularemia

Tailandia: Una mujer fallecida en la provincia de Prachuap Kiri Khan. Se trata del primer caso en este país.

Enfermedades transmitidas por priones

Reino Unido: Datos recientes confirmarían que el brote de vCJD (enfermedad de Creutzfeldt Jakob variante, la forma de la enfermedad que se piensa está asociada a la encefalopatía espongiforme bovina) está en descenso. No se ha registrado ninguna muerte debida a la enfermedad desde el 1 enero del 2008. El pico de muertes se alcanzó en el año 2000 con 28, con sólo 5 en el 2007. Se han notificado 8 fallecidos debido a CJD esporádico.



Brasil

PERLAS

DATOS GENERALES

Superficie: 8.504.535 km². Capital: Brasilia; 26 estados.
Fronteras: Argentina, Bolivia, Colombia, Guyana, Guyana francesa, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela. 7.491 km de costa.
Turismo: 1,5 millones de visitantes/año.
Demografía: población total 186.405.000 habitantes (2006). El 81,2% en área urbanas.

Recomendaciones de los CDC para el viajero:
 Vacunación a todos los viajeros >9 meses que viajen a zona endémica (la vacunación en <9 meses conlleva mayor riesgo de efectos secundarios)
 -Estados endémicos: Acre, Amapa, Amazonia, Goias, Maranhao, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Para, Rondonia, Roraima y Tocantins y áreas de Bahía, Parana,

VACUNAS OBLIGATORIAS

Fiebre amarilla: El Ministerio de Sanidad de Brasil anunció el 8/01/08 la alerta por fiebre amarilla para viajeros y diplomáticos residentes en el país. Además de las áreas endémicas (norte y oeste) se han identificado en este brote dos nuevos estados afectados: la parte norte de Espírito Santo y la parte oeste de Santa Catarina. Se está llevando a cabo una campaña de vacunación de emergencia, con el objetivo de vacunar a unos 7 millones de brasileños.

El **certificado de vacunación es obligatorio** para entrar en Brasil en viajeros >9 meses de edad si se ha estado (6 días previos), en algún país endémico. (África: Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, Kenya, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo y Uganda. América del Sur: Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana francesa, Perú, Surinam y Venezuela. América central y caribe: Panamá, y Trinidad y Tobago).

Mapa actualizado de riesgo de fiebre amarilla en Brasil



US Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/travel/contentUpdatedYF-MapBrazil.aspx>. Visita realizada el 8 de abril de 2008.

Piauí, Rio Grande do Sul y Sao Paulo y Distrito Federal de Brasilia. Desde enero 2008, áreas de riesgo: parte norte del estado de Espiritu Santo y parte oeste del estado de Santa Catarina.

- Se recomienda la vacunación si se van a visitar las cataratas de Iguazú.
- Las ciudades costales, incluyendo Río de Janeiro, Sao Paulo, Salvador, Recife y Fortaleza NO se encuentran dentro de zona endémica.
- Vacunación 10 días antes de entrar en zona endémica.
Medidas barrera: repelentes DEET 30-50% (adultos) o picaridina 15%.

VACUNAS UNIVERSALES

Actualizar calendario vacunal con dosis necesarias de **Difteria-tétanos; Polio y triple vírica.**

Hepatitis B: recomendada a todos los no vacunados que viajen o trabajen en países de transmisión endémica intermedia/alta de VHB que puedan verse expuestos a sangre o fluidos, que puedan mantener relaciones sexuales con la población local o que puedan verse expuestos a través de tratamiento médico y a todos los que soliciten protección contra esta infección.

VACUNAS ESPECÍFICAS DEL VIAJERO

Fiebre tifoidea: recomendada a todos no vacunados que viajen/trabajen en zona tropical, especialmente si visitan ciudades pequeñas, pueblos/áreas rurales, donde la exposición puede producirse a través de agua y alimentos.

Hepatitis A: recomendada a todos no vacunados que viajen o trabajen en zona de endemicidad intermedia/alta donde exposición posible a través de agua y alimentos.

VACUNAS EVENTUALES

Rabia: recomendada en estancias prolongadas y/o con actividades al aire libre, especialmente en zonas rurales. Los niños se consideran de alto riesgo puesto que suelen jugar con animales y no siempre refieren las mordeduras.

Meningitis A+C: recomendada en estancias prolongadas

MALARIA

Zonas de riesgo: *P. vivax* (78%) y *P. falciparum* (22%). Riesgo en las zonas forestales por debajo de 900m. dentro de los nueve estados de la "Amazonía legal": Acre, Rondônia, Amapá, Amazonas, Roraima y Tocantins, Maranhão (parte oeste), Mato Grosso (parte norte) y Pará (excepto ciudad de Belem). Riesgo de transmisión en áreas urbanas: ciudades de Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Manaus, Santarém, Río Branco y Marabá, donde la transmisión ocurre principalmente en la periferia. En los estados fuera de la "Amazonía legal" el riesgo es muy bajo/inexistente.

Resistencia: A cloroquina confirmada y multiresistencia declarada.

Quimioprofilaxis: Mefloquina, doxiciclina o atovacuona+proguanil.

Protección contra mosquitos: Repelentes y mosquiteras impregnadas.



BRASIL. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RIESGOS INFECCIOSOS Y SU PREVENCIÓN

Enfermedad	Epidemiología	Riesgo en el viajero	Prevención
Malaria	<i>P. falciparum</i> -cepas resistentes en la amazonía. Brasil declaró 40% de casos de malaria en América en 2002	Inexistente (grandes ciudades excepto Manaus) a elevado en amazonía	Quimioprofilaxis, protección contra artrópodos
Fiebre amarilla	Zona endémica (norte y oeste)	Imprevisible especialmente en zonas rurales; casos urbanos recientes	Vacunación
Dengue	Aumento de casos en 2007, sobre todo en Sao Paulo	Elevado en zonas del país	Protección contra mosquitos
VIH e ITS	Pandemia universal de VIH (23.000 nuevos casos en 1997). En 1999: 166 defunciones por sífilis	Contactos sexuales, sangre	Normas universales, preservativos
Hepatitis B	Endemicidad variable (media- alta)	Como para VIH	Vacunación
HTLV1	Algunos grupos poblacionales	Bajo / nulo en turistas	Normas universales
Tuberculosis	En 1999: 78.000 casos. Incidencia 50/100.000 en 2006. MDR-TB 0,9% de total casos nuevos en 1996	Bajo en turistas	Evitar contacto con personas afectadas
Fiebre tifoidea y hepatitis A	Hiperendémicas	Omnipresente, en relación con el agua y la alimentación	Vacunación
Rabia	En perros, gatos y murciélagos.	Mordedura de animal infectado	Vacunación pre-exposición y post-exposición
Cólera	Más de 4.000 casos en 1999, pero <1.000 en 2000.	Muy bajo si se toman precauciones	Higiene alimentaria
Leptospirosis	Excreciones animales en agua dulce. De 1995-2000 >22.000 casos con 1950 defunciones.	Infraestimado en turistas (contacto agua dulce contaminada/actividades recreativas)	Evitar contacto con ratas y con agua dulce
Enfermedad de Chagas	Zona endémica	Más teórico que real en turistas	Protección contra artrópodos
Leishmaniasis	Cutánea, cutáneo-mucosa y visceral	Moderado (residentes >turistas)	Protección contra artrópodos
Parasitosis intestinales	Hiperendémicas	Transmisión fecal-oral, contacto suelo	Higiene del agua y alimentos. Evitar caminar descalzo
Esquistosomiasis	Agua dulce estancada	Bajo, sólo en costa del Atlántico	Evitar bañarse en agua dulce

Fuentes: OMS, CDC, ProMED, CIA, US Consulate