

	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
SIVIGILA				
<i>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</i>				
Boletín Epidemiológico Semanal				
Semana Epidemiológica No. 40			Septiembre 29 al 05 de Octubre de 2002	

Brote de Difteria en Cali, Valle. Tres casos confirmados.	1
Protocolo de Vigilancia de Difteria.	4
Importancia Epidemiológica Del Evento	4
Informacion y Configuracion del Caso	5
DEFINICIONES DE CASO	5
Descripción Clínica	5
Criterios de Laboratorio para el Diagnóstico	6
Clasificación de Caso	6
PROCESOS OPERATIVOS DE LA VIGILANCIA	6
Flujo de la Información	6
Investigación de Caso	7
Análisis De Los Datos	7
Orientación De La Acción	8
INMUNIZACION	8
CONTROL DE LOS CONTACTOS Y DEL AMBIENTE INMEDIATO	9
EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LOS CASOS	10
Recomendaciones Para El Diagnostico Por Laboratorio	10
Indicadores	12
ANEXO 1. Procesamiento de la muestra para diagnóstico de difteria.	13
Referencias Bibliográficas	14
¿QUÉ PASÓ ESTA SEMANA?	14
Probables casos de sarampión.	14
Malaria Falciparum.	14
Dengue	14
Mortalidad por EDA/IRA	15
Intoxicaciones Alimentarias	15

Brote de Difteria en Cali, Valle. Tres casos confirmados.

Durante la semana epidemiológica 37 de 2002 se presentó un brote de Difteria en Cali con 3 casos confirmados. En esta ciudad no se presentaban casos desde la semana 30 de 2000 donde se presentaron 8 casos en niños en edades entre 3 y 18 años.

El caso índice fue una niña de 4 años y 3 meses quien ingresó a la unidad de pediatría del hospital universitario del Valle, remitida por el puesto de salud San Pascual, el 9 de septiembre. Al ingreso la paciente presentó fiebre, amigdalitis, disfagia, membranas, ganglios y cuello de toro. La impresión diagnóstica fue difteria y se procedió a tomar cultivo nasofaríngeo para confirmación. El día 10 de septiembre se obtuvo el resultado positivo por la tinción de Albert en el laboratorio del hospital del Valle.

Al caracterizar el caso se encontró que la niña pertenece a la ARS (EMSSANAR), no se encontraba vacunada para ningún biológico y no asistía a la guardería desde hacía un mes. El grupo familiar del caso estaba conformado por un padre de 33 años, una madre de 30 años y tres hermanos de 7, 5 y 3 años respectivamente. Al visitar el sitio de residencia se determinó que la familia vivía en una casa de inquilinato con tres familias más (4 adultos y 2 niños) ninguno sintomático, pero se procedió a vacunar con Td.

De los hermanos del caso, solo uno cumplía con el esquema de vacunación de DPT para la edad (niño de 5 años, con 3 dosis del esquema y un refuerzo). El hermano de 3 años con una dosis de DPT y el de 7 años sin carné de vacunación. El 12 de septiembre se tomaron muestras para cultivo nasofaríngeo del padre y los tres hermanos. Los resultados de laboratorio fueron positivos para el hermano de 3 años y para el niño de 5 años. Los tres casos con diagnóstico de laboratorio positivo fueron confirmados por el laboratorio de microbiología del INS con la prueba de toxigenicidad.

Durante el estudio del caso índice se detectó un caso sintomático sospechoso de difteria en la zona (niña de 2 años) con esquema de vacunación completo y residente en el mismo barrio, la cual nunca tuvo contacto con los otros niños enfermos detectados. Se realiza cultivo nasofaríngeo el cual dio como resultado negativo.

A partir del momento en que se detectó el caso índice, el grupo de la Unidad de Epidemiología de la secretaría de salud de Cali definió algunas estrategias a seguir para evitar la propagación del brote las cuales se enumeran a continuación:

1. Mapear la zona y extender el radio de acción por considerarse zona de alto riesgo por las condiciones socioeconómicas y realizar el bloqueo.
2. Adelantar acciones intensivas de vacunación al 100% de la población de la comuna 3, barrios San Pascual, San Bosco y Santa Rosa y zonas aledañas de la comuna 9 en los barrios Sucre, Obrero y Guayaquil; previa reunión con los Directores y coordinadores de los FEMS 1 y 3 respectivamente.
3. Intensificar la vacunación y el Monitoreo Rápido de Coberturas que permita tener coberturas útiles de vacunación en la población objeto del PAI en toda la ciudad de Cali especialmente con DPT y Td.
4. Vigilancia y notificación de casos sospechosos,
5. Manejo adecuado de casos confirmados y contactos,
6. Diagnóstico por laboratorio oportuno
7. Declaración de la alerta epidemiológica en la ciudad de Santiago de Cali donde se incluyó aspectos de la vigilancia epidemiológica, manejo adecuado de los casos y generalidades del *Corinebacterium Diphtheriae*.

Para cumplir con las estrategias se elaboró un plan a seguir con las siguientes metas a corto plazo octubre-noviembre de 2002:

- Vacunar al 100% de niños menores de cinco años susceptibles con esquema completo de 5 dosis de DPT en la ciudad de Cali.

- Vacunar al 100% de las MEF y embarazadas susceptibles con dos dosis de Td en las comunas clasificadas de alto riesgo.
- Vacunar 2000 niños de 6- 10 años con una dosis de TD, según su edad, en las Zonas alto riesgo de la comuna 3 y 9.
- Vacunar al 100% de los hombres y mujeres con Td de las zonas de riesgos de las comunas 3 y 9.
- Vacunación a los trabajadores de la salud que estén en contacto directo con pacientes deberán recibir al menos dos dosis de Td a fin de asegurar su inmunoprotección contra la difteria.

La Secretaría de Salud de Cali envió un comunicado a todas las ARS, EPS, IPS públicas y Privadas de la ciudad de Cali declarando la alerta epidemiológica por el brote de Difteria y explicando los lineamientos estratégicos establecidos con instrucciones sobre el manejo de pacientes y el plan de trabajo a seguir. Las definiciones operativas de caso sospechoso, confirmado, el flujograma de información y acciones a seguir con los contactos y el ambiente son las establecidas en el protocolo de Difteria elaborado por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y que a continuación se difunde.

Protocolo de Vigilancia de Difteria.

Importancia Epidemiológica Del Evento

1.1. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA

La difteria es una de las más severas enfermedades que ocurren en menores de cinco años y por encima de los 40 años de edad. Es una enfermedad de una alta letalidad, toda vez que cerca del 10% de las personas que adquieren la difteria, mueren por esta causa.

En los países donde se han logrado coberturas útiles de vacunación, la incidencia se ha visto reducida, especialmente en la población infantil. A nivel mundial la presencia de brotes, han estado asociados en los adultos a disminución de la inmunidad inducida por vacuna y en el caso de los niños a la no inmunización por contraindicaciones no justificadas como movimientos en contra de la vacunación, deterioro de la situación socioeconómica o carencia de biológicos.

En Colombia la difteria ha tenido un comportamiento endémico. Desde 1990, el promedio de casos fue de 27 por año, siendo el grupo más afectado el de los menores de un (1) año, donde la tasa alcanzó en 1996 1.1 por 100.000 habitantes. En 1996 el sistema de vigilancia reportó un total de 40 casos en todo el país, de los cuales ninguno se confirmó por laboratorio. Durante 1997 se notificaron tres casos sospechosos, lográndose confirmar un caso en el departamento de Arauca.

Para el año 2000 fueron reportados al SIVIGILA un total de 37 casos; de estos 33 casos fueron notificados por el departamento del Valle al SIVIGILA a pesar de lo cual solo 8 casos (24.2%) fueron confirmados y los demás correspondieron a contactos sin características confirmadas de difteria; de los 8 casos confirmados, el 75% fueron menores de 10 años y el 25% tenían entre 11 y 18 años. El primero de los casos confirmados en el Valle, correspondió a una niña de 3 años de edad que fue el único resultado letal, para una tasa de letalidad de 12.5%; la proporción de vacunados en los casos fue de 12.5% a expensas de un niño vacunado con tres dosis de DPT, en tanto el 62% presentó esquema de vacunación incompleto.

Es así como en el país se ha venido observando una disminución en la incidencia de la difteria que se corresponde con el aumento de las coberturas de vacunación. Estas coberturas en la década del 80 se mantenían alrededor del 60% en tanto para la década del 90 sobrepasaron el 80%, alcanzando en 1995 y 1996 el 94%. A partir de 1997 se introdujo el refuerzo con DPT, a los 18 meses y cinco años de edad, además de fortalecer la vacunación a mujeres en edad fértil con Td, en busca de reforzar la inmunidad contra esta enfermedad y contra el tétanos.

La difteria es una enfermedad tóxica - infecciosa aguda, caracterizada por dolor de garganta, con bajo grado de fiebre o inclusive sin fiebre y una lesión típica que consiste en una o varias placas de membranas grisáceas coherentes (no se dejan disgregar) y adherentes, que pueden sangrar al intentar retirarlas y una vez desprendidas se reproducen fácilmente, producen inflamación a su alrededor y pueden involucrar principalmente las amígdalas, la faringe, la laringe, la nariz y a veces otras membranas mucosas, las conjuntivas, los genitales o la piel.

1.2. OBJETIVO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL EVENTO

La severidad del cuadro clínico y la alta potencialidad de la transmisión en poblaciones de riesgo, hace relevante el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública del evento, para que mediante la identificación oportuna de casos probables y el monitoreo de los factores determinantes como las coberturas de vacunación, se reduzca el número de casos y se brinde información oportuna para la toma de medidas de control.

1.3. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

1.3.1. Descripción de la Enfermedad

El bacilo de la difteria en el sitio donde se inocula no tiende a invadir los tejidos por debajo o fuera de la superficie epitelial de las células, si no que produce toxinas, que son absorbidas y diseminadas a través de canales linfáticos y del torrente sanguíneo a otros tejidos susceptibles del cuerpo humano. Los cambios degenerativos en esos tejidos, entre los cuales se incluyen el corazón, el músculo, los nervios periféricos, las glándulas adrenales, los riñones, el hígado y el bazo, dan como resultado los efectos sistémicos de la enfermedad.

Las manifestaciones sistémicas de la toxemia, incluyen palidez, adinamia, anorexia, febrícula, pulso débil y desproporcionadamente elevado en relación con la temperatura.

1.3.2. Agente

El agente etiológico de la enfermedad es el *Corynebacterium diphtheriae*, un bacilo aeróbico gram positivo, relacionado con los Actinomycetos, que produce una toxina, responsable de las lesiones, cuando es infectado por un virus específico (corynebacteriófago) que contiene el gen *tox*. Solo las cepas de *Corynebacterium diphtheriae* productoras de toxina, pueden causar enfermedad severa. Existen tres biotipos: gravis, intermedius y mitis, los casos más severos de la enfermedad están asociados con el biotipo gravis, aunque cualquiera de estos puede producir toxina.

1.3.3. Transmisibilidad

Las fuentes de contagio son los portadores sanos y los enfermos, a través de gotas de saliva, por fómites y alimentos toda vez que la bacteria es resistente al medio ambiente.

1.3.4. Periodo de Incubación

Se referencia un periodo de incubación de 2 a 5 días, aunque algunos en casos pueden ser mayor.

1.3.5. Periodo de Transmisibilidad

En condiciones de hacinamiento, contacto íntimo y malas medidas de higiene, se aumenta el riesgo de contagio. El periodo de contagiosidad en las personas no tratadas es de 2 a 4 semanas y de 2 a 4 días en aquellos que han recibido tratamiento.

1.3.6. Susceptibilidad

Se produce inmunidad durante los primeros seis meses de vida mediante protección pasiva. La presencia de la enfermedad, no garantiza inmunidad permanente y frecuentemente la inmunidad se adquiere por una infección no manifiesta. El toxoide favorece una inmunidad prolongada pero no permanente y la antitoxina protege contra la enfermedad sistémica pero no contra la colonización de la nasofaringe.

Informacion y Configuración del Caso

DEFINICIONES DE CASO

Descripción Clínica

Enfermedad del tracto respiratorio superior (faringe, laringe o nariz), caracterizada por dolor de garganta, fiebre leve y una membrana adherente en las amígdalas, faringe y/o nariz.

Criterios de Laboratorio para el Diagnóstico

Aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* de una muestra faríngea.

Clasificación de Caso

Caso Probable

Caso compatible con la descripción clínica, que no ha sido confirmado por laboratorio y que no está relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado por laboratorio.

Caso Confirmado

- Caso probable que es confirmado por laboratorio, o
- Caso que está relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado por laboratorio.

PROCESOS OPERATIVOS DE LA VIGILANCIA

Flujo de la Información

Los prestadores de servicios por ser las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) responsables de la captación de los casos acorde con los criterios del presente protocolo, deben notificar de forma inmediata la información del evento a las autoridades municipales (Direcciones Locales de Salud, DLS) para que estas adelanten la respectiva configuración de casos en el municipio.

De igual forma deben adelantar la notificación inmediata a las entidades administradoras de servicios, a fin de que estas realicen la configuración de la situación entre sus afiliados y a su vez consoliden la información de sus instituciones prestadoras y la remitan a las Unidades Notificadoras Municipales.

En el momento en que se sospeche o se confirme por parte del Laboratorio de Salud Pública de un caso de difteria, los resultados deben ser notificados a la institución en donde se origino la información y las muestras deben remitirse al Laboratorio Nacional de Referencia para el respectivo aislamiento y prueba de toxigenicidad.

Las Unidades Notificadoras de los municipios y distritos, una vez consolidada y analizada la información para el adelanto de las acciones respectivas, remitirá la información de sus respectivas unidades de forma semanal a las Unidades Notificadoras Departamentales para que estas adelanten a su vez el análisis respectivo y las acciones de complementariedad requeridas.

La remisión de las Unidades Notificadoras Departamentales debe hacerse al Instituto Nacional de Salud, de forma semanal para su consolidación en el Sistema el seguimiento del evento a nivel nacional.

Notificación inmediata e individual:

Del municipio al departamento, en los siguientes casos:

- Todo caso probable de difteria.

Notificación semanal Colectiva

Del municipio al departamento:

- Presencia o ausencia de casos probables y confirmados de difteria.

Del departamento a la nación a través del SIVIGILA:

- Presencia o ausencia de casos probables o confirmados de difteria.

Notificación Mensual Colectiva

Del municipio al departamento en los siguientes casos:

- Todos los casos compatibles con difteria confirmados a través de los RIPS.
- Casos confirmados de difteria a través del envío de la ficha clínico-epidemiológica de caso completamente diligenciada, con la clasificación final del caso y con los resultados de laboratorio

Del departamento a la nación a través del SIVIGILA:

- Todos los casos compatibles y confirmados de difteria.

Periódica colectiva por periodos epidemiológicos:

- Ajustes de la información de difteria, clasificaciones finales de caso.

Investigación de Caso

El corto período de incubación y la alta transmisibilidad de la difteria, hacen imperiosa la investigación inmediata del caso, que garantice la caracterización del cuadro clínico y la toma de muestras para la realización del examen de laboratorio.

La investigación del caso, incluye indagar el antecedente de contacto con otras personas con sintomatología similar o con difteria confirmada por laboratorio en los 7 días anteriores al inicio del cuadro clínico, así como identificar los contactos del caso informado. Los antecedentes de vacunación deben ser verificados, tanto para el caso como para los contactos del mismo.

2.2.2. Investigación de Campo

Ante la ocurrencia de un caso se debe hacer búsqueda activa de los contactos, considerando en riesgo los moradores del mismo domicilio, los compañeros de escuela o de la misma clase, las personas que laboran juntas, los niños que juegan juntos y comparten los elementos de juego. Se debe tener especial cuidado con aquellos casos sospechosos residentes o relacionados con orfanatos, guarderías e internados. No se debe olvidar identificar el personal de salud relacionado con la atención del caso principalmente en la fase inicial, cuando no se había establecido una impresión diagnóstica.

Todos los contactos íntimos deben ser vigilados durante 7 días y descartar en ellos un estado de portador asintomático.

Análisis De Los Datos

Para analizar el conjunto de datos se recomienda tener en cuenta la incidencia (número de casos de difteria entre el total de la población susceptible) semanal, mensual y anual de difteria en el territorio.

Ante la presencia de un caso, es preciso hacer seguimiento diario a la frecuencia de casos

notificados por área, lo cual hace posible establecer la presencia de un brote. Cuando esta información se relaciona con datos de lugar y cobertura de vacunación es posible identificar focos.

Analizar los datos por grupos específicos de edad y coberturas de vacunación por municipios permite identificar grupos de población de riesgo, lo cual es necesario para orientar las acciones de protección posteriores. La información sobre estado de inmunización es importante para determinar la extensión de las actividades de control, considerándose coberturas útiles, por encima del 95%.

Es importante monitorear la proporción de casos confirmados por laboratorio, toda vez que proporciones muy bajas indican poca oportunidad en la investigación del caso y por consiguiente en la obtención de muestras para análisis o problemas de calidad en la toma y transporte de muestras.

De igual forma es importante establecer las proporciones por tipo de tratamiento recibido y casos tratados durante los primeros siete días de iniciado el cuadro, si es necesaria para revisar la pertinencia de la estrategia de vacunación utilizada, así como las características de atención de los casos.

La letalidad debe ser analizada buscando establecer la precocidad del diagnóstico, la disponibilidad de servicios de salud, la virulencia del agente etiológico, el tipo de manejo dado al caso y las condiciones de acceso de la población a los servicios de atención. Esta información es útil para diseñar estrategias de mejoramiento de los servicios y del acceso de la población.

Dada la alta transmisibilidad de la difteria, la evaluación de la gestión del sector salud frente a la atención de los casos, debe incluirse en el análisis de rutina ya que ofrece información necesaria para la revisión de las acciones de control. En casos de brotes es importante la determinación de las tasas de ataque (número de casos nuevos del total de población a riesgo en un periodo dado), diferenciada entre población inmunizada y no inmunizada, como un indicador para establecer la efectividad de la vacunación. Si las tasas son similares, es posible pensar en fallas en la estrategia de vacunación por cambios del esquema o deterioro de los biológicos usados.

En todo caso es útil comparar la situación actual encontrada con la historia de difteria en el municipio, y analizar críticamente las estrategias de intervención utilizadas en el control de brotes anteriores con el fin de enriquecer el proceso de toma de decisiones de acuerdo con el escenario epidemiológico caracterizado.

Orientación De La Acción

El sistema de vigilancia brindará información a los responsables de las acciones de prevención y control, que permita tomar decisiones ante la presencia de brotes, epidemias o casos aislados, así como establecer la fuente, la velocidad de transmisión de la enfermedad y las acciones pertinentes, entre las cuales, se recomiendan las siguientes medidas:

INMUNIZACION

La inmunización activa y amplia con toxoide diftérico es la única medida de prevención y control eficaz. La inmunización debe realizarse siguiendo el esquema establecido en la Norma Técnica de Vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (Resolución 00412 de 2000). Para lograr coberturas útiles permanentes con este biológico, es preciso fortalecer las acciones de Información a la población, en especial a los padres de niños menores de siete años de

edad, sobre la enfermedad, sus peligros y la importancia de la inmunización activa oportuna.

En zonas donde se ha configurado un escenario endémico de la enfermedad, adecuadamente documentado, puede ser útil impulsar la vacunación de grupos de alto riesgo por actividades ocupacionales, teniendo en cuenta que la protección activa se logra conservar mediante la administración de una dosis de Td cada 10 años.

En Municipios o áreas en donde se configure un escenario epidémico, es imperioso intensificar las acciones de vacunación, cubriendo de forma prioritaria la población con mayor riesgo de acuerdo con la localización del brote y la dinámica de la población.

Es preciso tener presente el logro de coberturas útiles entre población desplazada que llegue a zonas endémicas o que se encuentre relacionada con una situación epidémica, así como entre población asentada irregularmente. En estos grupos, es preciso ofrecer protección a toda la población con prioridad en los niños lactantes y preescolares.

Actualmente se encuentra en el mercado mundial la vacuna pentavalente, en la cual se combinan las vacunas para difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus Influenzae* tipo B. En áreas de alta incidencia de Hepatitis B, se recomienda en el recién nacido la aplicación de vacuna anti-HB, y a partir de la sexta semana de vida aplicar la vacuna pentavalente con un intervalo entre las aplicaciones mayor a cuatro semanas, completando el esquema de tres dosis antes de los 6 meses de edad. Si no se aplica anti-HB en el recién nacido, la vacuna combinada puede administrarse desde las ocho semanas de edad, con el mismo intervalo para completar el esquema en los primeros seis meses de vida. Los refuerzos se aplican antes de terminar el segundo año de vida, acorde con las recomendaciones para vacuna DPT.

CONTROL DE LOS CONTACTOS Y DEL AMBIENTE INMEDIATO

Para el control de la difteria en un área específica, es preciso adelantar las siguientes acciones:

- Aislamiento estricto en las personas con diagnóstico de difteria faríngea y cutánea, hasta que no se demuestre la presencia de bacilos diftéricos en dos cultivos de secreciones faríngeas y nasales y de lesiones de piel (difteria cutánea), obtenidos a un intervalo no menor de 24 horas y no en menos de 24 horas después de haber terminado el tratamiento antimicrobiano. Cuando los cultivos no confirman la presencia de difteria, el aislamiento del paciente puede suspenderse 14 días después del tratamiento adecuado con antibiótico.
- Desinfección de todos los objetos que hayan estado en contacto con el enfermo y de todos los artículos contaminados con sus secreciones.
- Los adultos cuya ocupación incluya la manipulación de alimentos o una relación directa con niños no inmunizados, deben ser excluidos de sus funciones hasta tanto los exámenes bacteriológicos demuestren que no son portadores.
- Todos los contactos directos deben ser sometidos a vigilancia durante un mínimo de siete días y deben tomárseles muestras de nasofaringe para realizar los respectivos cultivos. Sea cual sea su estado de inmunización, se recomienda una sola dosis de penicilina benzatínica intramuscular (600.000 unidades en menores de 6 años o 1.2 millones de unidades en mayores de 6 años) o eritromicina 40 – 50 mgr/kg/día repartido en 4 dosis, durante 14 días por vía oral. Los contactos previamente vacunados deben recibir una dosis de refuerzo de toxoide diftérico, y a los contactos no inmunizados se les debe iniciar una serie primaria de

vacunas, con DPT para los niños menores de 7 años de edad y con Td para la población de 7 años de edad y más.

- No es necesario realizar la identificación de portadores por medio de cultivos de muestras de la faringe o de las vías nasales, si las acciones de vigilancia se realizan con regularidad y si se han realizado adecuadamente las acciones de control derivadas de la presencia de casos en la zona.
- Cuando el análisis de la gestión del sector salud permita pensar que las acciones no se han realizado con oportunidad y calidad, es inevitable intensificar las acciones de vigilancia para detectar oportunamente nuevos casos y realizar una búsqueda activa de todos los contactos posibles, de tal forma que sea posible bloquear la cadena de transmisión, evitando la presencia de nuevos casos.

EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LOS CASOS

Ante la sospecha decidida de Difteria, es indispensable aplicar antitoxina diftérica inmediatamente después de obtener las muestras para los estudios bacteriológicos, una sola dosis de 20.000 a 100.000 unidades vía intramuscular; simultáneamente hay que aplicar por vía intramuscular de 25.000 a 50.000 unidades de penicilina G procaínica / Kg de peso / día en niños y 1,2 millones de unidades / día en adultos, en dos fracciones. En lugar de la penicilina se puede suministrar 50 mg de eritromicina parenteral / Kg de peso / día, hasta un máximo de 2 gramos al día. Si el enfermo puede deglutir cómodamente se puede cambiar a un régimen por vía oral durante 14 días.

Como tratamiento profiláctico para los portadores, se recomienda una sola dosis vía intramuscular de penicilina G benzatínica de 600.000 unidades para niños menores de 6 años y de 1,2 millones de unidades para los mayores de esa edad o un ciclo de 7 a 10 días a base de 40 mg eritromicina por vía oral / Kg. Peso / día en niños y 1 gramo / día en adultos.

Cuando el análisis de la información exprese incrementos en la letalidad derivados de fallas en la atención, es preciso impulsar acciones mejoramiento de la calidad en coordinación con las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios. De forma complementaria, informar a la comunidad la red de prestadores de servicios disponible de acuerdo con su estado de afiliación y su lugar de residencia.

Recomendaciones Para El Diagnostico Por Laboratorio

Las siguientes recomendaciones aplican para la confirmación del diagnóstico clínico pero NO para decidir sobre el tratamiento requerido.

- ✓ Ante la sospecha clínica de difteria se toma muestra de faringe para el estudio de *C. diphtheriae*.
- ✓ Haciendo uso del bajalenguas visualice la faringe y con el escobillón estéril, frote vigorosamente las amígdalas, la parte posterior de la faringe y todas las áreas inflamadas, para así obtener un material adecuado para el análisis del laboratorio.



Nota: La muestra debe ser tomada antes de iniciar el tratamiento, debido a la sensibilidad de *C. diphtheriae* a la penicilina. Se deben tomar dos frotis faríngeos, con dos escobillones diferentes.

Cuando el tiempo de transporte de la muestra al Laboratorio de Salud Pública es menor de 4 horas, envíe los dos escobillones en tubo seco estéril. En los casos en que el tiempo de transporte es mayor (entre 4 y 18 horas) se recomienda:

- ✓ Enviar los dos escobillones en tubo seco con silica gel, en cantidad suficiente para cubrir las torundas.
- ✓ Inocular la muestra, en la superficie del medio de Loeffler o medio de Pai (tubo inclinado), incubar a 35° C, por 18 horas y enviarlo al Laboratorio de Referencia debidamente marcado y con la hoja de remisión.
- ✓ El segundo escobillón debe procesarse en el laboratorio clínico para la investigación de *Streptococcus pyogenes*.

Indicadores**INCIDENCIA**

$$\frac{\text{No. de casos nuevos (general y específica)}}{\text{Población Total}} \times 100.000$$

LETALIDAD

$$\frac{\text{No. de muertes por difteria (general y específica)}}{\text{Total de casos de difteria}} \times 100.000$$

COBERTURAS DE VACUNACIÓN, para los grupos de edad de interés

$$\frac{\text{No. de personas vacunadas}}{\text{Población a riesgo}} \times 100.000$$

PROPORCIÓN DE DIAGNÓSTICOS POR LABORATORIO

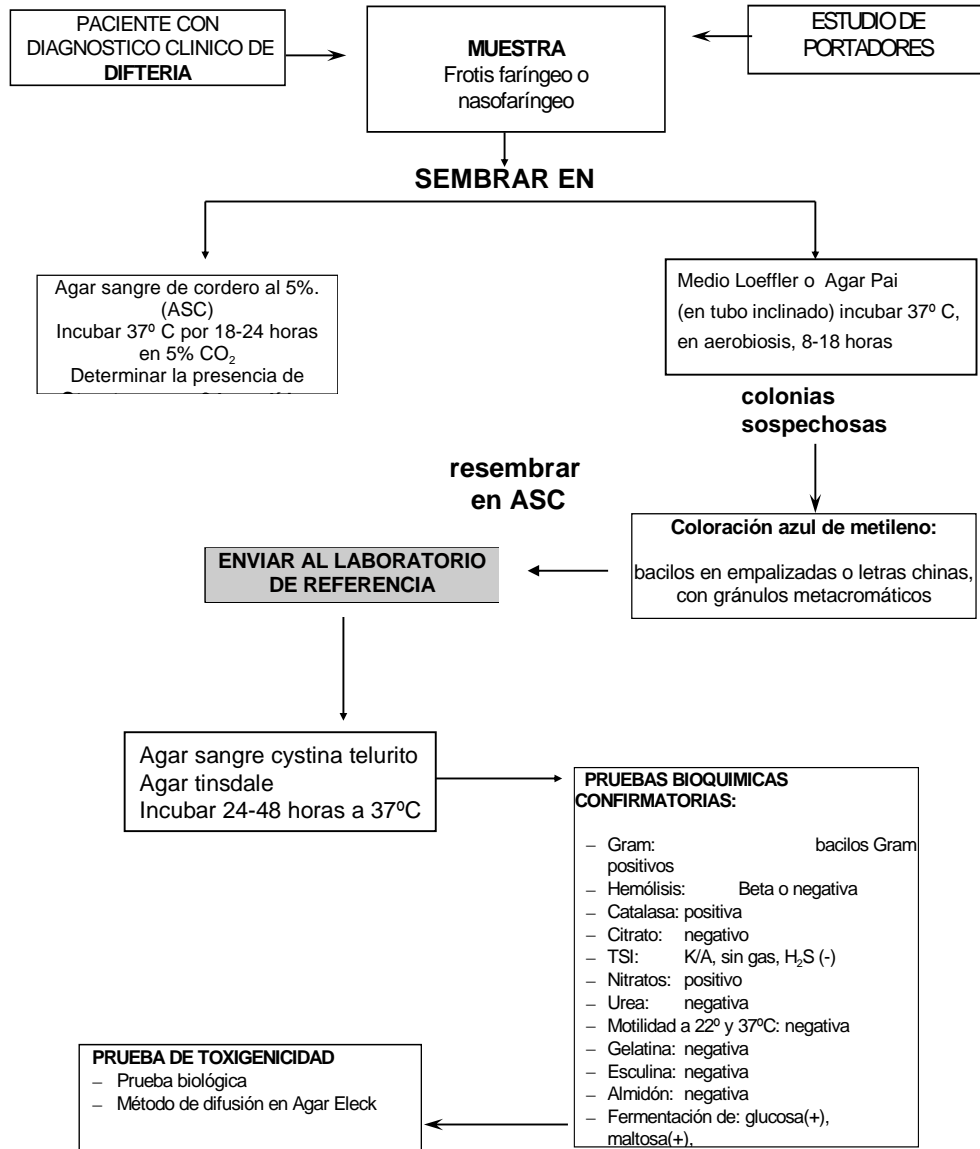
$$\frac{\text{No. de confirmaciones o descartes por laboratorio}}{\text{Total de casos probables reportados de difteria}} \times 100$$

TASAS DE ATAQUE

$$\frac{\text{No. casos de difteria inmunizados}}{\text{Total de inmunizados}} \times 100.000$$

$$\frac{\text{No. casos de difteria en no inmunizados}}{\text{Total de no inmunizados}} \times 100.000$$

ANEXO 1. Procesamiento de la muestra para diagnóstico de difteria.



Referencias Bibliográficas

1. OPS/OMS. Benenson, A., Editor. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica 564, 2001: 90-91.
2. Velez H., Rojas W., Borrero J., Restrepo J. Fundamentos de Medicina, Enfermedades Infecciosas. Corporación para Investigaciones Biológicas. Cuarta Edición. 1991.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Atkinson, William et al. Editors. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 4th Edition, 1997; 43.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. MMWR 1997;46(No.RR-10):12.
5. Kenneth Todar. University of Wisconsin Department of Bacteriology. Bacteriology 330 Lecture Topics: Diphtheria. 1997. En: <http://www.bact.wisc.edu/Bact330/lecturediphth>.
6. Fauci, A. Harrison, Principios de Medicina Interna. Decimocuarta edición, Volumen 1. McGraw – Hill Interamericana. 1998.
7. Chin, J. El control de las enfermedades transmisibles. OPS, Publicación Científica No. 581. 2001.
8. GlaxoSmithKline, Monografía Tritanrix-HB/Hiberix.

¿QUÉ PASÓ ESTA SEMANA?

Probables casos de sarampión.

Durante la presente semana han sido reportados al SIVIGILA, 63 casos probables de Sarampión provenientes de Bogotá (20), Santander (28), Antioquia(2), Valle(2), Cesar(2), Boyacá(1), Caldas(1), Bolívar(1), Cartagena(1) y Sucre(1). Se adelantan en cada uno de los departamentos las acciones pertinentes de toma de muestras para análisis, investigación de casos y de campo.

A la semana 40 se encuentran 128 casos confirmados para el país.

Malaria Falciparum.

Se notificaron 596 casos de malaria falciparum y los departamentos que más casos reportaron fueron Antioquia (207), Córdoba (136), Chocó (116), Cauca (83) y Guaviare (22) casos.

El acumulado hasta la semana 40 es de 42011 casos reportados al SIVIGILA. Se reportaron 2 muertes por malaria una en Chocó y otra en Nariño.

Dengue

Se reportaron durante la semana 40, 1215 casos de dengue clásico y los departamentos con mayor número de casos son Valle (203), Santander (122) y Quindío

(109). Para dengue hemorrágico se notificaron 74 casos.

Mortalidad por EDA/IRA

Se presentaron 3 muertes por EDA: una en el Cauca y dos en Chocó. Para IRA se presentaron 3 muertes: una en Amazonas, una en el Cauca y una en Bolívar.

Intoxicaciones Alimentarias

Son reportados 170 casos, 83 en Boyacá y 17 en Córdoba como los departamentos que en esta semana presentaron el mayor número de casos.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

MAGDALENA

El porcentaje de unidades que notificaron fue de 86%. Los departamentos con porcentaje de notificación por debajo del 80% fueron: Chocó, La Guajira, Nariño, Tolima, Valle, Vaupes y el Distrito de Santa Marta.

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las **6 p.m.** del día **miércoles** de cada semana.

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>