

CIRCULAR EXTERNA

1000- 0040

Bogotá, 10 OCT 2016

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, DIRECTORES DE SALUD DEPARTAMENTAL, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES.

ASUNTO: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INTENSIFICADA PARA DIFTERIA EN DEPARTAMENTOS FRONTERIZOS CON VENEZUELA

En Venezuela, según varias notas de prensa publicadas desde el 28 de septiembre de 2016, el gobernador del estado Bolívar, confirmó 13 niños fallecidos por difteria en los municipios Sifones y Caroní; anunció que en 139 centros de atención ambulatorias de toda la región comenzó una jornada de vacunación para evitar la propagación de la enfermedad y a través del plan 100% Barrio Adentro se haría una jornada casa por casa con un refuerzo de 100 médicos en la región¹; de manera casi simultánea, la red Defendamos la Epidemiología publicó un documento de alerta con información médica para orientar el manejo clínico y el diagnóstico de la enfermedad².

Ante la presunción de que los datos entregados sean reales, en Colombia en el análisis del comportamiento del evento se encontró que a semana epidemiológica 38 de 2016, se han notificado 14 casos probables de difteria de procedencia Cali (Valle del Cauca), Barrancabermeja, Girón y San Benito (Santander), Espinal (Tolima), Manizales (Caldas), Pereira (Risaralda), Cúcuta (Norte de Santander), Fortul (Arauca) y Morales (Cauca). Trece de los casos se han descartado en unidad de análisis y uno se encuentra en estudio; en comparación con el mismo periodo del año anterior la notificación presentó un aumento en 11 casos. Es de anotar, que el último caso de difteria confirmado en el país fue en el año 2003 en el Departamento del Valle del Cauca.

¹http://www.el-nacional.com/sociedad/Gobernacion-Bolivar-admitio-casos-difteria_0_929307343.html

²<https://drive.google.com/file/d/0B0VIOpv-ddYmSVh5WmU3VzdiODg/view>

Teniendo en cuenta los hallazgos, el incremento en la notificación en el país y la situación fronteriza con Venezuela, es necesario ajustar y fortalecer las actividades de vigilancia y seguimiento en salud pública, la identificación y atención oportuna de los casos probables en los servicios de salud y la implementación de medidas de prevención y control para el evento. El Instituto Nacional de Salud imparte las siguientes instrucciones de obligatorio cumplimiento a nivel nacional:

1. Justificación para la vigilancia de difteria

La difteria es una enfermedad infecciosa grave, objeto de vigilancia por su distribución mundial, su alta patogenicidad y su mecanismo de propagación; puede causar desde brotes hasta epidemias. Los datos de la vigilancia deben usarse para detectar oportunamente todo caso o brote, predecir posibles epidemias e implementar oportunamente las acciones de vigilancia y control.

2. Definiciones de caso para la vigilancia de difteria

Definición clínica: paciente que presenta una enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, nariz, y se caracteriza por una o varias placas grisáceas adherentes confluentes e invasoras, con una zona inflamatoria circundante de color rojo mate, dolor de garganta, aumento de volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable de compromiso del estado general. La enfermedad puede afectar otras localizaciones como mucosas y piel.

- a. Caso probable: caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por el laboratorio.
- b. Caso confirmado por laboratorio: caso probable que es confirmado por laboratorio
- c. Caso confirmado por nexo epidemiológico: caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y que está epidemiológicamente ligado a un caso confirmado por el laboratorio.
- d. Caso descartado por laboratorio: caso probable al que se le tomó, se conservó y se procesó en forma adecuada una muestra para el diagnóstico por laboratorio y el resultado fue negativo.

3. Acciones de vigilancia y control en Salud Pública

- a. Difundir y dar cumplimiento al Protocolo de Vigilancia y Control de la difteria establecido por el Instituto Nacional de Salud y disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Difteria.pdf>
- b. Notificar de manera inmediata el o los casos probables, en cada uno de los niveles del Sistema de acuerdo con el flujo de información establecido por el Sivigila e iniciar las acciones de estudio del caso.
- c. Realizar búsqueda activa institucional y comunitaria ante la presencia de un caso probable o confirmado de difteria.
- d. Toma de muestra para el diagnóstico por el laboratorio. Es importante garantizar la toma de la muestra antes de la instauración del tratamiento con antibióticos.
- e. Aislamiento respiratorio: debe mantenerse hasta que dos cultivos de nariz y garganta recolectados 24 horas después del tratamiento antimicrobiano tengan resultados negativos

- para *C. diphtheriae* resulten negativos o al menos durante las primeras 24 horas después de haber iniciado el tratamiento; si no se pueden obtener cultivos de control, el aislamiento se mantendrá hasta 14 días después de finalizado el tratamiento con antibiótico.
- f. Realizar la investigación epidemiológica de campo de todos los casos probables dentro de las primeras 48 horas de notificados y realizar operación de barrido; en esta operación se deben cubrir como mínimo cinco manzanas alrededor del domicilio del caso notificado.
 - g. Identificar rápidamente los contactos cercanos que hayan estado directamente expuestos a las secreciones respiratorias del paciente, se les debe realizar cultivo de muestra nasal y faríngea e inmediatamente después se instaurará la profilaxis con antibiótico. El rastreo de contactos se iniciará en el núcleo familiar y por lo general se limita a los miembros del hogar y otras personas con antecedente de contacto directo y habitual (besos o contactos sexuales), personal médico de atención en salud expuesto a secreciones nasofaríngeas, personas que hayan compartido utensilios de cocina y personas que cuiden niños infectados³.
 - h. Para los contactos cercanos, independiente del estado de vacunación, deberán tomarse las siguientes medidas: 1) seguimiento estricto durante siete días para detectar evidencia de enfermedad; 2) cultivo para *C. diphtheriae* y 3) profilaxis antimicrobiana con eritromicina oral o una única inyección intramuscular de penicilina G benzatínica. Deberán hacerse cultivos de seguimiento de muestras faríngeas después de completar el tratamiento para contactos que se haya comprobado que son portadores luego de finalizar el tratamiento.
 - i. La existencia de un solo caso confirmado de difteria en el país será considerado como un brote y se deben realizar todas las acciones individuales y colectivas necesarias, además de realizar el informe del brote de acuerdo con los requerimientos enumerados en el protocolo de vigilancia.

4. Acciones de vigilancia por laboratorio

- a. Difusión y capacitación a los profesionales de la red de laboratorios clínicos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Departamento/Distrito, sobre la toma, transporte y tiempo de envío de las muestras a los laboratorios departamentales de Salud Pública con capacidad diagnóstica o al Grupo de microbiología del Instituto Nacional de Salud.
- b. Las muestras apropiadas para cultivo son exudado faríngeo, nasofaríngeo o cualquier otra lesión mucosa o cutánea, se empleara un hisopo de algodón, rayón o dacrón flexible esteril, no de madera, y se tomara la muestra, de preferencia del borde o directamente bajo la pseudomembrana, se puede igualmente tomar una parte de la misma, se depositara en medio de transporte Loeffler o Aimes con carbón activado y se enviará al laboratorio para su procesamiento; se recomienda que el tiempo óptimo de transporte sea de seis a ocho horas a temperatura ambiente, pero en el caso que este llegue a ser mayor, se debe enviar en

³ American Academy of Pediatrics. Enfermedades infecciosas. En: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: Informe 2012 del Comité sobre Enfermedades Infecciosas*. Elk Grove village, IL: American Academic of Pediatrics; 2012: pág. 307-311.

cadena de frío de 2 a 8°C^{4,5,6}; los laboratorios clínicos a los que se les envíen muestras de casos probables, pueden realizar un cultivo inicial en agar sangre de cordero (ASC), buscando colonias grises beta hemolíticas y una coloración de gram en donde se busquen bacilos gram positivos dispuestos en V, letras chinas o empalizadas, en caso de obtener estos dos resultados tendrán un diagnóstico sugestivo de *Corynebacterium* spp.; debido a que se requiere un medio selectivo para la confirmación del microorganismo (agar sangre telurito o agar Tinsdale modificado), estos laboratorios remitirán los aislamientos al laboratorio de departamental de Salud pública y este a su vez al laboratorio de referencia nacional, grupo de microbiología del INS, teniendo en cuenta todas las recomendaciones para el envío de muestras biológicas.

5. Acciones de Información, Comunicación y Educación

- a. Realizar actividades de información, comunicación y educación para informar a la comunidad en general sobre los síntomas de difteria para que toda persona pueda reconocerlos y busque atención médica inmediata en caso de presentarlos.

Atentamente,



MARTHA LUCIA OSPINA MARTINEZ
Directora General del Instituto Nacional de Salud
Instituto Nacional de Salud
Avenida Calle 26 No. 51-20 Bogotá – Colombia
PBX (57-1) 220 77 00

Elaboró: Jeniffer Nataly Alvarez Galindo, Equipo Inmunoprevenibles, INS
José Orlando Castillo Pabón, Líder Equipo Inmunoprevenibles, INS
Carolina Duarte Valderrama, Coordinación Grupo Microbiología, Dirección de Redes en Salud Pública, INS
Revisó: Mancel Enrique Martínez Duran, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

⁴ Díez, Ó., Batista, N., Bordes, A., Lecuona, M., & Lara, M. (2007). Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto respiratorio superior. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 25(6), 387-393

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Control de la difteria, la tos ferina, el tétanos, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, 2006. Publicación Científica y Técnica No. 604

⁶ Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica Dr. Manuel Martínez Báez, México, D.F. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de difteria por laboratorio, versión no. 01. Indre, 2015. Colección publicaciones técnicas del InDRE.