

CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA No. **0000017** DE 2018 23 MAR 2018

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECTORES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, GERENTES O DIRECTORES DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPS, GERENTES DE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS Y FUNCIONARIOS RESPONSABLES DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.  
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

**ASUNTO:** Instrucciones de prevención, atención, vigilancia y control de difteria en el país.

La Organización Panamericana de la Salud-OPS emitió, el 16 de diciembre de 2016, una alerta epidemiológica respecto de los brotes de difteria en países de las Américas y sus implicaciones para los Estados Miembros. Con base en lo indicado, recomendó fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, mantener altas tasas de cobertura útiles de vacunación contra difteria para proteger la población de la enfermedad y brindar orientaciones para el manejo clínico adecuado, elementos clave para disminuir las complicaciones y la letalidad de dicha enfermedad<sup>1</sup>.

En la mencionada alerta se destaca que en la República de Haití y en la República Bolivariana de Venezuela se han venido presentando brotes de difteria desde 2014 y 2016 respectivamente, los cuales permanecen activos a la fecha. Desde la semana epidemiológica 1 y hasta la semana 49 de 2017 en la Región de las Américas, cuatro países (Brasil, Haití, Venezuela y República Dominicana) han notificado un total de 267 casos confirmados de difteria, correspondiendo a la República Bolivariana de Venezuela el mayor número de ellos con 198 casos<sup>2</sup>.

Los casos confirmados de difteria se caracterizan porque las personas afectadas no estaban vacunadas o no contaban con el esquema completo de vacunación contra la enfermedad. Por grupo de edad, la afectación varía entre países. Así por ejemplo, el brote en Haití afecta principalmente a los menores de 10 años y en la República Bolivariana de Venezuela la población de 11 años y más aporta un gran número de casos<sup>2</sup>. En Colombia, el último caso confirmado de difteria se presentó en el Valle del Cauca en el año 2003. Desde entonces no se han vuelto a confirmar casos autóctonos de la enfermedad debido a las coberturas de vacunación superiores al 90% con terceras dosis de Pentavalente<sup>3</sup>.

Esta situación se agrava cuando ocurren fenómenos migratorios masivos, como los que actualmente se están produciendo, poniendo en riesgo los avances en la erradicación, eliminación y control de eventos prioritarios para la salud pública, en la medida en que facilitan la diseminación de enfermedades

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Difteria. 16 diciembre de 2016. Publicado en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=37505&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37505&lang=es)

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Difteria. 15 diciembre de 2017. Publicado en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=43203&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=43203&lang=es)

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Difteria. Publicado en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/DIFTERIA%20PROTOCOLO.pdf>

transmisibles.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando que le corresponde al Estado garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Ley 1751 de 2015), en el marco de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud (Resolución 429 de 2016. MSPS), en relación con la gestión integral del riesgo en salud y en el proceso de implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, se imparten las siguientes **INSTRUCCIONES**:

## 1 RESPONSABILIDADES DE LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD.

Son responsabilidades de las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud las siguientes:

### 1.1 Coordinación Intersectorial

En el marco de los procesos de la gestión de la Salud Pública y según lo establecido en la Circular 025 de 2017, las Direcciones Territoriales de Salud deben establecer escenarios de trabajo intersectorial que permitan, a partir del análisis de situación de salud, definir planes de acción y activación de rutas intersectoriales de atención, con énfasis en los grupos más vulnerables y sujetos de protección especial (mujeres, mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes, desplazados, víctimas del conflicto armado, adulto mayor y personas en situación de discapacidad). Dichos planes deben incorporar acciones directas para lograr la sostenibilidad y el mantenimiento del control de la difteria. Ello implica apoyar los procesos de desarrollo de capacidades y sensibilización al recurso humano en salud, fortalecer la gestión del aseguramiento de la población migrante e intensificar acciones de inspección, vigilancia y control sanitario a establecimientos, tales como: terminales portuarios terrestres, aéreos, marítimo, fluviales y puntos de entrada al país; entre otras ya definidas en la circular en mención.

### 1.2 Acciones en Salud Pública

Las acciones que se deben fortalecer, intensificar y garantizar, a través de la vigilancia de los eventos de salud pública tanto de manera rutinaria como en especial de la difteria, son:

- 1.2.1 Identificar los riesgos en salud pública y tener en cuenta variables de población en desplazamiento, población residente en sitios turísticos, población residente en frontera, población residente en zona rural y rural dispersa, áreas donde el programa ampliado de inmunización tiene difícil acceso, coberturas administrativas por debajo del 95% con tercera dosis de Pentavalente en menores de un año, áreas que en la última evaluación de coberturas hayan obtenido una cobertura menor del 95% y deficiencias en la notificación de casos probables.

- 1.2.2 Fortalecer las capacidades técnicas de los equipos de respuesta inmediata (ERI) del territorio frente a la respuesta inmediata para el abordaje de casos probables de difteria.
- 1.2.3 Identificar, notificar inmediatamente, caracterizar e implementar las acciones correspondientes ante la presencia de casos probables, dando cumplimiento al Protocolo de Vigilancia y Control de difteria disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/DIFTERIA%20PROTOCOLO.pdf>
- 1.2.4 Notificar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace-CNE y al Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) del Instituto Nacional de Salud a los correos [cne@minsalud.gov.co](mailto:cne@minsalud.gov.co), [vigilanciamps@gmail.com](mailto:vigilanciamps@gmail.com) y [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co) todo caso probable que cumpla con al menos dos criterios de los incluidos en el Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional y todo caso confirmado por laboratorio.
- 1.2.5 Activar y desplegar el Equipo de Respuesta Inmediata de la entidad territorial ante la detección de un caso probable o confirmado, para la investigación rápida y organizada, con el fin de evitar la propagación del agente. Este equipo debe realizar la investigación epidemiológica de campo de todos los casos durante las primeras 48 horas de notificados, lo cual incluye las siguientes acciones:
  - 1.2.5.1 Realizar búsqueda activa institucional y comunitaria inmediata de casos y contactos.
  - 1.2.5.2 Identificar rápidamente los contactos de la persona a quien se le sospeche difteria, incluyendo a quienes comparten en el hogar y otras personas con contacto directo, personal de atención sanitaria, compañeros sexuales, personas que hayan compartido utensilios de cocina o utensilios personales y cuidadores de niños infectados.
  - 1.2.5.3 Realizar observación de los contactos durante 7 días calendario para detectar evidencia de enfermedad.
  - 1.2.5.4 Gestionar con Entidades Prestadoras de Planes de Beneficios-EAPB y Administradoras de Riesgos Laborales-ARL para que las personas que hayan tenido contacto cercano con el caso probable reciban el tratamiento profiláctico, incluidos los trabajadores de la salud.
  - 1.2.5.5 Elaborar el informe del brote de acuerdo con los requerimientos enunciados en el protocolo de vigilancia.
  - 1.2.5.6 Realizar unidad de análisis individual para determinar la clasificación final a todo caso probable en el cual no se obtenga una muestra de hisopado faríngeo o nasofaríngeo para cultivo o PCR de *Corynebacterium diphtheriae*.
  - 1.2.5.7 Realizar un monitoreo rápido de coberturas de vacunación para

S. Castro  
M.P.

Pentavalente, DPT, DPT acelular y Td, en un radio de cinco manzanas incluida la del caso o más áreas geográficas según el análisis, así como también, vacunación en terreno de los niños susceptibles de un año en adelante y hasta los cinco años, 11 meses y 29 días, mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil.

- 1.2.6 En municipios o Distritos de frontera, realizar intensificación de las actividades de Búsqueda Activa Institucional-BAI con periodicidad semanal en las IPS de su área de influencia, garantizando el seguimiento de los casos que incluyan la difteria dentro de los diagnósticos diferenciales, para descartar la posible presencia de casos en el territorio nacional.
- 1.2.7 Garantizar la vacunación de la población colombiana y de la población inmigrante (nacionales retornados y extranjeros) en consonancia con el esquema definido para Colombia disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/pai.aspx>). Dicha garantía comporta las siguientes acciones:
- 1.2.7.1 Garantizar la articulación con los diferentes actores encargados del logro de las coberturas de por lo menos el 95% para todos los biológicos y específicamente para difteria (Pentavalente, DPT, DPT acelular, Td) en aras de realizar estrategias de vacunación altamente efectivas en todos los niveles del país, departamental/distrital/municipal, priorizando la población de niños menores de seis (6) años de edad, mujeres embarazadas y en edad fértil, sea esta población inmigrante o residente en el territorio nacional; sin restricciones.
- 1.2.7.2 Evaluar, monitorear y concurrir a la cobertura de vacunación en los niveles departamental/distrital/municipal de la población caracterizada de riesgo (persona, tiempo y lugar) y asegurar coberturas de vacunación con tercera dosis de Pentavalente de por lo menos el 95%.
- 1.2.8 Garantizar la articulación con las autoridades competentes para la implementación de estrategias de información al viajero, educación y comunicación de manera inmediata, en los siguientes temas de reconocimiento:
- Signos y síntomas de alarma.
  - Medidas preventivas.
  - Rutas de atención en salud en caso de presentar cuadro clínico sugestivo de difteria.

Esta medida también incluye a residentes del territorio nacional para que reconozcan la enfermedad y busquen atención médica inmediata.


## 2 ACCIONES A CARGO DE LOS RESPONSABLES DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS

Los responsables de la Red Nacional de Laboratorios deben realizar las siguientes acciones:

- 2.1 Difundir y capacitar 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, tiempo de envío de las muestras y consideraciones de identificación y confirmación, de acuerdo con la guía de vigilancia por el laboratorio de *C. diphtheriae* disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informacin%20de%20laboratorio/Gu%C3%ADa%20para%20la%20vigilancia%20por%20labotarorio%20de%20Corynebacterium%20diphtheriae%20.pdf>
- 2.2 Realizar tinción de Gram y cultivo en agares selectivos para *C. diphtheriae* y en agar cistina-telurito o modificado de Tinsdale a la muestra sospechosa en los laboratorios de microbiología de las IPS.
- 2.3 Realizar cultivo en agar sangre de cordero al 5% para búsqueda de cocos Gram positivos, tinción de Gram y azul de metileno a los aislamientos sospechosos en los laboratorios de microbiología de las IPS.
- 2.4 Identificar los aislamientos por sistemas semiautomatizados o galerías comerciales o convencionales o espectrometría de masas y remitir para confirmación de *C. diphtheriae* al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital.
- 2.5 Realizar la confirmación de género, especie y biotipo de los aislamientos remitidos por el laboratorio de microbiología de la IPS en los Laboratorios de Salud Pública Departamental o Distrital.
- 2.6 Realizar el aislamiento e identificación de muestras procedentes de IPS sin microbiología o en apoyo a brotes y remitir al Grupo de Microbiología del INS los aislamientos sospechosos de *C. diphtheriae* y de la muestra sospechosa para realizar PCR.
- 2.7 Realizar la confirmación de la presencia de la toxina a partir del aislamiento bacteriano por la prueba de Elek y realizar PCR en tiempo real, en muestras de pacientes que cumplan con definición de caso remitidos al Laboratorio Nacional de Referencia. Solo se procesarán las muestras y aislamientos que se encuentren notificados al sistema nacional de vigilancia Sivigila.

## 3 RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), PÚBLICAS Y PRIVADAS

Son acciones a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, las siguientes:

FC S.  


- 3.1 Vacunar, cuando tengan habilitado el servicio de protección específica-vacunación, a la población objeto del PAI con el esquema autorizado para el país y asegurar esquemas completos de vacunación en menores de 6 años de edad con Pentavalente y DPT. En mujeres embarazadas o en edad fértil se deben asegurar esquemas completos de vacunación con DPT acelular o Td, de acuerdo con el lineamiento del PAI y cumplir el reporte de la población vacunada al PAI Nacional según lineamientos nacionales
- 3.2 Verificar que el personal del área de la salud así como el personal que labora al interior de la Institución y que esté en contacto con pacientes, cuenten con el antecedente de vacunación de Td. Si el personal del área de la salud no lo tiene o no recuerda haber sido vacunado con anterioridad, deben recibir una dosis de vacuna Td, siendo responsabilidad del empleador o contratante en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la institución, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 3.3 Implementar actividades de capacitación y monitorear el cumplimiento de los procedimientos, la aplicación de las guías de práctica clínica y los protocolos para el manejo de la Infección Respiratoria Aguda establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_neumonia/GPC\\_neumonia.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_neumonia/GPC_neumonia.aspx)). En desarrollo de esta instrucción, deberán implementar o reforzar estrategias de educación, comunicación y capacitación a los trabajadores de la salud encargados de la atención en salud y de la red de laboratorios clínicos de las Instituciones, sobre la toma, transporte, refrigeración y tiempo de envío de las muestras de hisopado faríngeo o nasofaríngeo a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública, disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informacin%20de%20laboratorio/Gu%C3%ADa%20para%20la%20vigilancia%20por%20laboratorio%20de%20Corynebacterium%20diphtheriae%20.pdf>
- 3.4 Notificar de inmediato a la Dirección Territorial de Salud – DTS para que esta adelante las actividades de salud pública a su cargo siempre que se sospeche o compruebe difteria.
- 3.5 Garantizar la atención integral de los casos, al igual que la identificación temprana de casos probables, la toma de muestras de hisopado faríngeo o nasofaríngeo en el primer contacto y el envío de las muestras para procesamiento, de acuerdo con los protocolos de transporte de la Red Nacional de Laboratorios.
- 3.6 Garantizar que todo caso probable de difteria con condición final fallecido, cuente con necropsia, asegurando la recolección de muestras de pseudomembrana para microbiología recogida en 1 ml. de solución salina. Para el estudio histopatológico se deben recolectar muestras como si fuese muerte por IRA, a partir de la secreción respiratoria hasta seis (6) horas posteriores a la muerte y cortes de tejido del tracto respiratorio de pulmón y bronquios (de ambos lados –derecho e izquierdo-) y tráquea, en solución salina, refrigerados para análisis virológico y microbiológico, con contra-muestra adicional de los mismos tejidos en formol tamponado al 10%, para patología.
- 3.7 Intensificar la detección de casos de cuadros respiratorios en particular en aquellas IPS que

realizan atención de población inmigrante (especialmente en territorios de frontera), teniendo en cuenta las directrices establecidas en el protocolo de vigilancia.

- 3.8 Realizar una completa anamnesis de antecedentes clínicos y epidemiológicos, identificando antecedentes de vacunación con Pentavalente, DPT, Td y DPT acelular (verificación de carné de vacunación) y antecedente de viaje durante los últimos 15 días, previo al inicio de los síntomas, a países con brotes activos de la enfermedad.
- 3.9 Fortalecer las medidas de bioseguridad para el personal de salud. Además de las precauciones estándar, se recomienda tomar medidas contra la transmisión por gotas para pacientes y portadores de difteria faríngea, hasta cuando 2 cultivos de nariz y garganta recolectados 24 horas después del tratamiento antimicrobiano, tengan resultados negativos de *C. diphtheriae*.
- 3.10 Realizar, según los análisis y el concepto del médico tratante, el tratamiento tomando como referente la siguiente medicación y dosis:

#### 3.10.1 Antitoxina

Dado que la condición de paciente con difteria puede deteriorarse rápidamente, la antitoxina Diftérica (ATD), antisero hiperinmune de origen equino constituye la piedra angular del tratamiento de la difteria (desde que demostró que reduce la mortalidad de un 7% a 2,5% en ensayo controlado en 1898). Los anticuerpos solo neutralizan la toxina antes que penetre en las células y **deberá administrarse una dosis única de ATD** basándose en el diagnóstico clínico, incluso antes que estén disponibles los resultados del cultivo<sup>4</sup>.

Las recomendaciones de dosis se derivan de consenso de expertos y se asume que la duración de la enfermedad y la extensión de la formación de membranas, indican aproximadamente la carga de toxina en el paciente. La vía intravenosa es la recomendada (infusión lenta mínimo 60 minutos), para neutralizar la toxina del organismo lo más rápidamente posible. El Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría<sup>5</sup> y el CDC de Atlanta<sup>6</sup>, recomiendan los rangos de dosis para enfermedad faríngea o laringea de duración de 2 días o menos 20.000 a 40.000 U; lesiones nasofaríngeas 40.000 a 60.000 U y de 80.000 a 120.000 U para la enfermedad extensa de 3, o más días de duración, o para cualquier caso con tumefacción cervical ("cuello de toro"). (Tabla No.1)

Se debe indagar en la historia del paciente, el antecedente de reacción adversa a sueros heterólogos (antirrábico, antifídico o antitetánico) o si ha sido desensibilizado

<sup>4</sup> WHO. Diphtheria Vaccine: WHO Position paper, August 2017 Recommendations. Vaccine 26 (2018) 199-201

<sup>5</sup> Pickering L. Difteria AAP Red Book. 30 edición 2015.307-311.

<sup>6</sup> Diphtheria. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 13 Edition.2015. 107-118

*E. S. M.*  
*J. J.*

anteriormente, adicionalmente alergias a medicamentos, alimentos u otros debido a que entre el 5% y el 20%<sup>7</sup> pueden presentar alergia o hipersensibilidad al suero equino<sup>8</sup>.

Tipo de difteria	Dosis (unidades)	Ruta
Nasal	10.000 – 20.000	Intramuscular
Amigdalina	15.000 – 25.000	Intramuscular o intravenoso
Faringea o laríngea	20.000 – 40.000	Intramuscular o intravenoso
Tipos combinados o diagnóstico tardío	40.000 – 60.000	Intravenoso
Difteria severa	40.000 – 120.000	Intravenoso o intramuscular

\*Adaptada de referencia 9,10,11 y 12.

### 3.10.2 Antibiótico:

El tratamiento antibiótico al eliminar el microorganismo posee tres beneficios: 1. Interrupción de la producción de toxinas, 2. Mejoría de la infección local y 3. Prevención de la diseminación del microorganismo hacia contactos no afectados.

Se recomiendan Penicilina como primera línea de tratamiento, o la eritromicina; esta erradica el estado de portador, indicada en personas alérgicas a penicilina y se debe tener precaución al uso intravenoso, por alto riesgo de tromboflebitis por macrólido. La dosis de Penicilina G Intravenosa es de 100.000 a 150.000 U/kg/día, dividida en cuatro (4) dosis, o Penicilina Procaínica 25.000 a 50.000 U/Kg/día en pediatría: (300.000 U/día para menor de 10 kg o 600.000 U/día para mayores de 10 kg, máximo 1,2 millones U) IM dividida en dos (2) dosis.

La eritromicina se recomienda de 40 a 50 mg/kg/día, máximo 2 g diario. El tratamiento debe ser por 14 días y cuando el paciente tolere la vía oral, se puede completar con penicilina oral 125 a 150 mg 4 veces al día, o eritromicina 40 mg/kg/día en 4 dosis. Se requiere comprobar la eliminación del microorganismo mediante cultivo, 24 horas luego de terminado el tratamiento, mediante 2 cultivos negativos consecutivos de muestras tomadas con 24 horas de diferencia.

### 3.10.3 Tratamiento de Soporte

Se recomienda hidratación, reposo en cama, monitoreo respiratorio y cardiaco estricto por el riesgo de complicaciones, por lo que garantizar la vía aérea es primordial por el riesgo de obstrucción por las membranas, el edema y las adenopatías cervicales. Las

7 Feigin R et al, Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Diphtheria .7th Edition 2015.1305- 1312

8 Mandell G et al. Difteria. Enfermedades Infecciosas Séptima edición. 2012. 2694

*Handwritten initials*

*Handwritten initials and marks*



toxinas pueden provocar neuritis y carditis, por lo que se debe realizar monitoreo neurológico y electrocardiográfico continuo.

### 3.10.4 Cuidados de personas expuestas

El manejo de las personas expuestas se basa en las circunstancias individuales, incluyendo estado de vacunación y probabilidad de cumplimiento del seguimiento y la profilaxis. Los prestadores deberán apoyar a las DTS y EAPB en las actividades propias de su competencia, teniendo en cuenta el siguiente esquema de manejo para los contactos cercanos sin importar su estado de vacunación:

- 3.10.4.1 Profilaxis antimicrobiana con eritromicina oral (40-50mg/kg/día por 10 días, máximo 2gr/día) o una única dosis de Penicilina G Benzatínica (600.000 U para niños menores de 30 kg y 1,2 millones de U para mayores de 30 kg y adultos.
- 3.10.4.2 Realización de dos cultivos de seguimiento de faringe luego de completar el tratamiento para contactos comprobados que sean portadores, el primero a las 24 horas y a las 2 semanas de terminado el tratamiento. Si los cultivos son positivos deberá administrarse un curso adicional de eritromicina por 10 días y realizar cultivos de seguimiento. Se han identificado cepas de difteria resistentes a eritromicina en cuyo caso podrían ser útiles quinolonas, clindamicina y rifampicina, entre otros.
- 3.10.4.3 Los contactos cercanos vacunados anteriormente, que sean asintomáticos, deberán recibir una dosis de refuerzo de una vacuna que contenga Toxoide diftérico (DTP, DTaP, DT, Tdap o Td), según la edad, si no recibieron una dosis de refuerzo que contenga el Toxoide diftérico en un lapso de 5 años<sup>9</sup>.
- 3.10.4.4 Los contactos cercanos asintomáticos que hayan recibido menos de 3 dosis de una vacuna que contenga Toxoide diftérico, deberán completar su esquema de vacunación con un biológico de los anteriormente anotados, según su edad.
- 3.10.4.5 Los contactos que no puedan ser manejados bajo vigilancia, deberán recibir Penicilina G benzatínica y no eritromicina, porque el cumplimiento de un régimen de eritromicina oral es menos probable y si no están completamente vacunados o su estado de vacunación es desconocido, deben ser vacunados con una vacuna que contenga Toxoide diftérico y que sea adecuada para la edad.
- 3.10.4.6 No se recomienda el uso de Antitoxina diftérica equina en contactos cercanos no vacunados, por no evidencia de beneficios adicionales de la

<sup>9</sup> Kupferschmidt K. Life-saving diphtheria drug is running out. Science. Vol. 355; 6321, 2017 118-121.

*R*  
*J*  
*AP*  
*S.*  
*es*

antitoxina en contactos que hayan recibido antimicrobianos<sup>10</sup>

**4 RESPONSABILIDADES A CARGO DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS – EAPB –**

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB deben desarrollar las siguientes acciones:

- 4.1 Implementar actividades de capacitación y seguimiento al cumplimiento de los protocolos de vigilancia de difteria para garantizar que todas las IPS de su red contratada apliquen dicho protocolo.
- 4.2 Garantizar el tratamiento profiláctico a los contactos cercanos de casos probables y confirmados de difteria, entre su población afiliada.
- 4.3 Desarrollar estrategias de vacunación orientadas a la captación de población susceptible entre su población afiliada, con el fin de reducir la población con alta probabilidad de enfermar de difteria.

**5 VIGILANCIA Y CONTROL.**

La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de la presente Circular.

Las presentes directrices serán publicadas en el Diario Oficial, se comunicarán a los destinatarios de las mismas, vía correo electrónico, y se divulgarán en las páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud.

**PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,**

Dada en Bogotá, D.C.,

23 MAR 2018

*AS*  
*FC*  
  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

  
**MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ**  
Directora General del Instituto Nacional de Salud

<sup>10</sup> ibidem 13

*AS*  
*FC*  
*PI*