

**SANTIAGO, enero 12 de 1998**

---

**VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA**

---

**ASPECTOS GENERALES**

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la bacteria *Vibrio Cholerae*.

En condiciones naturales el V. cólera es patógeno sólo para el hombre. No es una infección invasora, los microorganismos quedan en el tubo intestinal, se adhieren a las microvellosidades del borde en cepillo de las células epiteliales, donde se multiplican y secretan la enterotoxina del cólera, que produce diarrea copiosa y sin dolor.

**ASPECTOS CLÍNICOS**

La infección asintomática es mucho más frecuente que la aparición del cuadro clínico, especialmente en el caso del biotipo El Tor. Son comunes los casos leves en que sólo hay diarrea, particularmente en los niños.

El cuadro clínico clásico consiste en una iniciación súbita de náuseas, vómitos y diarreas profusas. Las heces, semejantes al agua de arroz, contienen moco, células epiteliales y gran cantidad de vibriones. Ocurre pérdida rápida de agua y electrolitos, que produce deshidratación intensa, colapso circulatorio y anuria.

El período de incubación es de 1 a 4 días.

La mortalidad puede ser menor del 1% con tratamiento adecuado. Sin tratamiento, varía entre un 25 a 50%

**TRANSMISIÓN**

Se transmite por la ingestión de agua o alimentos contaminadas con heces y vómitos de pacientes y, en menor medida, de portadores; por la ingestión de alimentos no refrigerados contaminados por agua sucia, heces, manos sucias o posiblemente moscas y por la ingestión de mariscos crudos o mal cocidos provenientes de aguas contaminadas. Raramente el cólera es transmitido por contacto persona a persona.

El período de transmisibilidad se mantiene mientras dura el estado de portador, el cual dura pocos días y, a lo más, 3 a 4 semanas desde el inicio de la enfermedad.

## RESERVORIO

Los mayores reservorios del vibrión son los mariscos y el plancton. Hay microorganismos que pueden persistir en el agua por mucho tiempo y en la literatura se menciona que el alza de la temperatura del mar, producto de la corriente del niño, favorecería la sobrevida y replicación del vibrión en el agua.

Las personas con infección asintomática juegan un importante rol en acarrear el vibrión de un lugar a otro, produciendo la diseminación de las epidemias.

## CARACTERÍSTICAS DEL AGENTE

El *V. Cholerae* es un bastoncillo curvo de forma de coma, de 2 a 4 cm. de longitud, de motilidad activa gracias al flagelo polar. Los liposacáridos definen el serogrupo y las cepas del grupo 0, número 1 producen el cólera clásico. El serogrupo 01 incluye 2 biotipos, el cholerae (clásico) y el El Tor, cada uno de los cuales abarca microorganismos de los serotipos Inaba y Ogawa. Estos elaboran la misma enterotoxina, de tal forma que el cuadro clínico es similar.

## DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y CONFIRMADO

**Caso Sospechoso:** Toda persona que presente iniciación brusca de diarrea acuosa y profusa con algún grado de deshidratación. Las heces son semejantes al agua de arroz. Hay pérdida rápida de agua y electrolitos.

**Caso Confirmado:** Cuadro clínicamente compatible y cuyo examen de laboratorio sea ratificado por el Instituto de Salud Pública.

## MECANISMOS DE CONFIRMACIÓN

Se practicará estudio de vibrio cholerae en todo coprocultivo de pacientes que presenten un cuadro de diarrea aguda con deshidratación leve, moderada o grave.

En las regiones afectadas por cólera, se realizará además estudio de vibrio cholera a todos los casos de diarrea.

En las regiones no afectadas, se realizará un muestreo de los coprocultivos que se realizan habitualmente a los cuadros diarreicos: 1 de cada 5 en los mayores de 18 años y 1 de cada 10 en los menores de 18 años.

En el caso de los contactos de pacientes confirmados o sospechosos, no se tomará coprocultivos. En casos especiales la decisión la tomará el epidemiólogo.

La muestra de deposición se puede recolectar directamente en un frasco limpio siempre que la entrega al laboratorio no demore más de dos horas; en caso contrario, utilizar medio de transporte Cary Blair. La muestra de heces también se puede tomar mediante tórula rectal y

transportarla en medio Cary Blair o sembrarla directamente en agua peptonada alcalina, sin embargo esta muestra tiene significativamente menor rendimiento.

El procedimiento de laboratorio debe hacerse siguiendo las normas técnicas dadas por el Instituto de Salud Pública para Vibrio Cholerae

Toda cepa cuya bacteria bioquímica sea concordante con Vibrio Cholerae debe ser enviada para su confirmación al Instituto de Salud Pública. La muestra debe estar debidamente identificada con: Servicio de Salud, Hospital, nombre completo y edad del paciente.

## **NOTIFICACIÓN DE CASOS**

Todo caso sospecho debe ser notificado al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, mediante el formulario adjunto. La notificación debe ser inmediata (Decreto N° 11 de 1985) vía telefónica (6300461) o Fax (6300505)

Esta notificación vía telefónica o fax no invalida la que debe hacerse una vez confirmado el caso en el formulario RMC-14.

## **TRATAMIENTO DE LOS CASOS**

- Restitución del agua y de los electrolitos para corregir la deshidratación grave y la deficiencia de sal. Este es el aspecto primordial del tratamiento.

La mayoría de los pacientes con cólera puede manejarse correctamente mediante la administración de sales de rehidratación oral (SRO) según fórmula OMS, en forma ambulatoria.

En casos de deshidratación severa se usará soluciones para uso endovenoso. Recuperado el paciente de la deshidratación severa puede continuar rehidratándose en forma oral con SRO (OMS).

- Tetraciclina por vía oral, que tiende a disminuir la duración de la diarrea y acorta el período de portación del vibrio.

**Dosis adulto:** tetraciclina: 500 mg cuatro veces al día (máximo 2 gramos al día) por 3 a 5 días ó doxiciclina: 300 mg en una sola dosis diaria, por tres días.

**Niños menores de 9 años:** tetraciclina: 50 mg por kilo de peso por día en cuatro fracciones (los ciclos breves no producen manchas en los dientes) ó doxiciclina: 6 mg por kilo de peso en una dosis diaria, durante tres días.

Tratamientos alternativos en caso de resistencia microbiana: furazolidona: 100 mg 4 veces al día para adultos y 1,25 mg por kilo de peso 4 veces al día para niños. Trimetoprima-sulfametoxazol: 320 mg del primero y 1600 mg del segundo dos

veces al día para adultos y 8 mg de TMP por kilo de peso y 40 mg de SMX por kilo de peso al día, en dos fracciones para niños.

### **MANEJO DEL PACIENTE**

- Aislamiento: conviene hospitalizar a las personas en estado muy grave con las precauciones para los casos entéricos. No es necesario el aislamiento estricto. Las salas con pacientes con cólera pueden funcionar sin riesgo para el personal y los visitantes, siempre que se laven meticulosamente las manos y se sigan los procedimientos básicos de higiene.
- Desinfección concurrente: de las heces y los vómitos, así como de los artículos y la ropa de cama usados por los pacientes, por medio de calor, ácido carbólico u otro desinfectante.
- Cuarentena: ninguna

### **MANEJO DE LOS CONTACTOS**

Se procederá vigilar a los contactos del caso índice durante cinco (5) días a partir de su última exposición. Se entiende por contacto, aquellas personas que comparten los alimentos, agua contaminada y el alojamiento con un paciente de cólera.

Se recomienda la quimioprofilaxis de los contactos con tetraciclina por vía oral: 500 mg cuatro veces al día (máximo 2 gramos al día) por 3 días ó doxiciclina: 300 mg en una sola dosis diaria por tres días en los adultos y tetraciclina: 50 mg por kilo de peso por día en cuatro fracciones ó doxiciclina: 6 mg por kilo de peso en una dosis diaria durante tres días.

### **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

- Beber sólo agua potable o si no se dispone de ella, hervir toda el agua para el consumo.
- Consumir todos los alimentos cocidos, especialmente verduras y mariscos.
- Después de la cocción y ebullición de los alimentos, protegerlos contra la contaminación por moscas o por manipulación no higiénica.
- Lavarse las manos antes de manipular los alimentos, antes de comer y después de ir al baño
- La vacuna tiene un efecto profiláctico limitado. Protege sólo entre 3 y 6 meses al 50% de las personas inmunizadas y por lo tanto no es apropiada en una epidemia.