

zan una Concentración Mínima Inhibitoria (CIM) verdadera, ni hacen detección de mecanismos de resistencia ni detección de fenotipos. En una evaluación hecha en Guatemala se observó que hay subutilización de los equipos, en su mayoría no son usados para la rutina, sino para confirmación, hay desconocimiento de los tipos de paneles que pueden ser aplicados para los diferentes tipos de microorganismos, hay irregularidad en el mantenimiento preventivo. No hay control de calidad en los puntos críticos como el control de MacFarland, temperatura de incubación, pruebas preliminares, cepas *American Type Culture Collection* (ATCC) que evalúan diferentes paneles, programación del control de calidad. En relación a la interpretación de resultados se observó que no hay confirmación de resistencias inusuales con métodos convencionales Kirby Bauer.

Se ha presentado una nueva versión del sistema de información WHONET, cuyo uso debe difundirse y dar máxima utilización a la información en ella contenida entre los principales usuarios tanto de los laboratorios como en los servicios de atención de pacientes y de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana.

Es necesario continuar con los esfuerzos para la implementación en las redes de laboratorio de los países el Sistema de Gestión de la Calidad para Laboratorios, en el marco de las ISO y la normatividad de cada país, considerando la factibilidad de su implementación. En ese sentido, hay iniciativas que pueden contribuir a la implementación de estos sistemas, como el apoyado por la OPS/OMS y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica.

Basados en la información recabada en la reunión de Montevideo y la Resolución del Grupo Técnico Asesor de Antimicrobianos de Paraguay (2005), es conveniente propiciar que se declare la resistencia a los antimicrobianos como un problema de salud pública y proponer la elaboración de un plan nacional de vigilancia y contención de

la resistencia a los antimicrobianos con la participación de las entidades que constituyen el sector salud, en colaboración con las entidades formadoras de profesionales de salud y sociedades científicas, que garanticen su implementación, seguimiento y evaluación de su impacto, debiendo los resultados de del Plan Nacional de Control de la Resistencia a los Antimicrobianos ser medidos con indicadores apropiados

FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA DE LABORATORIO: *Vibrio cholerae* FENOMENO EL NIÑO PERU 2006-2007

Blanca Huapaya¹

El *Vibrio cholerae* es el agente etiológico causante del cólera, una enfermedad gastrointestinal que puede expandirse rápidamente como epidemia o pandemia. Se transmite vía fecal-oral por agua o alimentos contaminados, especialmente de origen marino.

En nuestro país constituyó un grave problema socioeconómico cuando el *Vibrio cholerae* O 1 ocasionó una gran epidemia en enero de 1991, con una incidencia elevada de aislamientos, la cual descendió progresivamente en los años siguientes. Después de 13 años de vigilancia a través de los laboratorios del Sistema Nacional de la Red de Laboratorios en diciembre de 2004, se confirmó un caso aislado de *Vibrio cholerae* serotipo O139 procedente de Lima Sur.

La vigilancia de esta bacteria es de gran importancia debido a que existe el riesgo permanente de que se presenten nuevas epidemias, especialmente cuando se dan las condiciones climáticas producto del Fenómeno El Niño en las costas peruanas. Los objetivos de la vigilancia son realizar la toma de muestra oportuna para poder realizar el análisis bacteriológico respectivo; conocer la fuente de infección para cortar la cadena de transmisión; confirmar el

¹ Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.

diagnóstico clínico mediante análisis de laboratorio para la toma de decisiones en cuanto a medidas de control.

A la familia Vibrionaceae pertenecen 12 especies causantes de enfermedades en el hombre siendo las más frecuentes *Vibrio cholerae* y *Vibrio parahaemolyticus*. El *V. cholerae* es un bacilo gram-negativo aerobio facultativo, levemente curvo, fermentador de glucosa y sacarosa, es oxidasa positiva. Existen más de 139 serotipos diferentes siendo el serotipo O 1 uno de los causantes de las grandes epidemias y pandemias, Otro serotipo de gran patogenicidad es el O 139, aislado de pacientes con cólera el año 1993 en Bangladesh.

De acuerdo con el protocolo de la vigilancia, se debe tomar la muestra para cultivo e investigar todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso.

Dicha muestra puede ser las heces (cantidad: 4-5 mL o 5g) o el hisopado rectal en medio de transporte Cary Blair. También se puede recolectar muestras de vómitos.

Si el paciente esta en estado de choque o con deshidratación grave se puede recoger la muestra directamente del recipiente para heces, utilizando un hisopo estéril y conservándolo en un medio de transporte

La muestra se debe tomar inmediatamente al comienzo de los síntomas y previo al tratamiento con antibiótico, debiendo llenarse la ficha clínico-epidemiológica. Para la toma de muestra debe seguirse las normas de bioseguridad.

La muestra de heces se puede tomar en un frasco de boca ancha preferentemente estéril o limpio. Si el traslado de la muestra requiere más de dos horas se debe utilizar un medio de transporte como Cary Blair el que se debe mantener a temperatura ambiente pues los vibrios son sensibles al frío.

El Centro Nacional de Salud Pública del INS a través del Laboratorio de Referencia Nacio-

nal (LRN) de Enteropatógenos coordinará con los laboratorios de referencia (LRR) de cada región, las actividades de la vigilancia laboratorial.

El LRN proveerá a los LRR de insumos básicos como oxidasa, desoxicolato de sodio, cloruro de sodio y cepas patrón. Supervisará vía telefónica y por correo electrónico junto con los LRR y según corresponda supervisara a los LRR a fin de fortalecer la capacitación para mantener la vigilancia.

Los LRR de cada región tienen capacidad para el aislamiento y serotipificación de *V. cholerae*, debiendo tener actualizado el diagnóstico situacional de los laboratorios a su cargo, a fin de conocer sobre la disponibilidad de equipos, insumos y personal además de recopilar la información de los casos y análisis realizados. Todo aislamiento en laboratorio de *V. cholerae* (O1 ó O1) debe ser enviado al INS dentro de las 24 horas de conocido el caso para su confirmación diagnóstica, serotipificación y la detección de toxinas, cumpliendo las normas de bioseguridad para el envío de muestras.

El cólera es una enfermedad sujeta a vigilancia internacional y de notificación obligatoria en el Perú.

RABIA EN EL PERÚ 2004 - 2006

La rabia en el Perú es una enfermedad endémica que se presenta tanto en el ámbito rural como urbano. En los últimos tres años ha recrudescido a pesar de las campañas de vacunación que desarrolla el Ministerio de Salud, llegando a tener dos casos fatales de rabia en humanos en el departamento de Puno, uno en el 2005 y otro en el 2006. Durante este periodo, Lima es la ciudad que ha incrementado significativamente el número de casos, pasando de tener seis casos de rabia animal en el 2004, a 22 casos en el 2006. Lima representa el 26% de los casos confirmados de rabia animal en todo el país durante el 2006.