

COMUNICACIONES BREVES

COLERA. CORRELACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO CON EL DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO

Elizabeth Castañeda, Rosalba Molineros**, Roberto Castillo***.*

Después de haber establecido, por métodos bacteriológicos, la amplia circulación del **Vibrio cholera O1** en las poblaciones de Tumaco y Salahonda, se determinó la sensibilidad y especificidad de la definición de caso clínico de cólera. Con este fin estudiamos 185 pacientes que acudieron a los centros hospitalarios a consultar por diarrea. De acuerdo con el cuadro clínico, se anotó la impresión diagnóstica de cólera o de otro tipo de enfermedad diarreica aguda y se remitieron las muestras de materia fecal al laboratorio, donde se procesaron de acuerdo con la metodología estandarizada. El diagnóstico clínico fue de cólera en 152 de los 185 pacientes y en el laboratorio se aisló **Vibrio cholera O1** en 125 de las 185 muestras. El análisis de los datos demostró para el diagnóstico clínico una sensibilidad del 91,2%, una especificidad del 36,7% y valores predictivos positivo y negativo del 75% y 67% respectivamente. Confirmamos la utilidad de la definición de caso en el área en estudio.

En el documento Guías para el Control de Cólera (1) la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el papel del laboratorio de Bacteriología Clínica durante una situación epidémica: si bien, el tratamiento exitoso del cólera no depende de los resultados de los exámenes de laboratorio, el análisis de las muestras provenientes de los primeros casos sospechosos es esencial para confirmar la presencia del agente etiológico y permitir de esa manera movilizar los recursos y determinar las características epidemiológicas del brote (1).

En el momento en que es confirmada en una localidad la presencia del **Vibrio cholera O1** no es necesario examinar muestras de todos los casos y los contactos, basándose el diagnóstico, a partir de ese momento, y en esa área en la observación clínica para emplear la definición de caso clínico probable que debe establecerse en una situación epidémica (1,2).

Durante la actual epidemia de cólera y después de haber establecido la circulación del **V. cholera O1**, toxigénico, subtipo Inaba, biotipo El Tor, en Tumaco y Salahonda (Nariño), primeras poblaciones afectadas por la epidemia en nuestro país, decidimos determinar la sensibilidad y especificidad de la definición de caso clínico probable que había sido establecida por el Comité Nacional de Vigilancia y Control del Cólera. Estudiamos todos los pacientes que acudieron a consultar por un cuadro diarreico, al Hospital San Andrés de Tumaco y al Centro de Salud de Salahonda en el tiempo comprendido entre el 8 y el 26 de abril de 1991. De acuerdo con el cuadro clínico y con la definición de caso probable de cólera, en el cual se consideraba todo paciente con deposiciones diarreicas líquidas de inicio súbito, grave o leve, los médicos anotaron en la hoja de remisión de muestras al laboratorio su impresión diagnóstica de cólera o de otro tipo de enfermedad

* Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud.

** Hospital San Andrés de Tumaco

*** Hospital de Salahonda, Francisco Pizarro. Servicio Seccional de Salud de Nariño

diarreica aguda; también enviaron al laboratorio muestras de la materia fecal en recipientes limpios o impregnaron en ella escobillones tratados con carbón los cuales remitieron en el medio de transporte Cary-Blair. Las muestras fueron procesadas en el laboratorio para el aislamiento e identificación de *V. cholerae* O1, siguiendo los procedimientos previamente estandarizados en el laboratorio de Referencia Nacional (3). La sensibilidad y especificidad fue determinada empleando una tabla de 2X2 y la significancia de los resultados fue analizada con la prueba de contraste de Mac Nemar (4).

El diagnóstico clínico de cólera fue establecido en 152 de los 185 pacientes estudiados y en el laboratorio se aisló *V. cholerae* O1 en 125 de las 185 muestras correspondientes al número de pacientes. En la Tabla 1 se expresa el análisis de los datos el cual se interpreta que con una prevalencia de la entidad del 67,5% en las poblaciones estudiadas, la sensibilidad del diagnóstico clínico frente al diagnóstico bacteriológico fue del 91,2%, la especificidad del 36,7%, y los valores predictivos positivo y negativo del 75 y 67% respectivamente ($p < 0.01$).

TABLA 1.

CORRELACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO CON EL DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO

		Diagnóstico bacteriológico		
		+	-	total
Diagnóstico clínico	+	114	38	152
	-	11	22	33
total		125	60	185

S = 91,2% PPV = 75%
 E = 36,7% PNV = 67%
 Prevalencia = 67.5%
 $p < 0.01$

Al estratificar los datos por grupos de edad, en los 175 pacientes de los cuales teníamos información, en menores de 10 años ($n = 39$) y mayores ($n = 136$) encontramos que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico fueron mayores en el primer grupo (95% y 68,4%)

comparados con el segundo (90,2% y 17,6%). No se anotaron diferencias significativas al estratificar por sexo, obteniéndose sensibilidades del 94,5% y 86,5% y especificidades del 32,3% y 41,4%.

En nuestro estudio, sólo el 75% de los casos que cumplían los criterios clínicos de caso de cólera fueron confirmados por aislamiento del agente. Esto nos indica que a pesar de la alta sensibilidad de la definición, la especificidad fue muy baja, lo cual hizo necesario un ajuste a la definición de caso; esta definición fue revisada a medida que la epidemia avanzó en nuestro país. El incremento en la especificidad de la definición clínica en el grupo de pacientes con diarrea menores de 10 años se explica al considerar que la enfermedad diarreica aguda es motivo de consulta mayor en este grupo.

Vigilar la definición de caso es una de las funciones del laboratorio durante una epidemia, el lograr un valor predictivo alto para esta definición permite que los pacientes que llenen los criterios establecidos se consideren como pacientes de cólera, aún sin tener confirmación por el laboratorio. Esto a su vez, permite conocer la situación real del alcance de la epidemia y le permite al laboratorio realizar las otras labores que le corresponden, tales como determinar la eficacia de las medidas de control, participar en el programa de control de calidad que debe ser establecido por el laboratorio nacional de referencia y vigilar la susceptibilidad antimicrobiana de las cepas aisladas.

SUMMARY

During the actual outbreak of cholera in Colombia and after being established the bacteriologic confirmation of *Vibrio cholera* O1 in the areas of Tumaco and Salahonda (Nariño), we tried to determine the correlation between the case definition of cholera and bacteriological diagnosis. We studied 185 patients: clinical diagnosis was established in 153 and *V. cholerae* O1 was recovered in 125. The sensibility for clinical diagnosis was 91.2% the specificity 36.7% and the positive and negative predictive values were 75 and 67% respectively. Our data allowed us to confirm the utility of the case definition in the area under study.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Fernando de la Hoz, por su sugerencias en el análisis de los datos. Al estadístico Alberto Serrano por el análisis de significancia y a la bacterióloga Marcela Escalante por su colaboración en el procesamiento de las muestras.

REFERENCIAS

1. WHO. *Programme for Control of Diarrhoeal Disease.*

Guidelines for cholera control. 1986: WHO/CDD/SER/80.4 REV.1

2. Vugia DJ, Koehler JE, Ries AA. *Surveillance for epidemic cholera in the Americas: an assessment. MMWR 1992; 41(SS-1): 27.*

3. Restrepo M, Castañeda E, Rivas F, Podlesky E, Urrego G. *Cólera. Serie de Notas e Informes Técnicos No 19. Instituto Nacional de Salud. 1991.*

4. Lehman. *Non Parametric Statistical Methods Based Remkg. Mc Graw Hill. New York. 1976.*