

**Ministerio de Salud
Dirección de Campañas Directas – SEM
SECCION PIAN**

MANUAL DE NORMAS DE LA CAMPAÑA ANTIPIANICA

**Dr. William Rodríguez Uribe
Jefe Sección Pian**

Bogotá, Febrero 1984

Boley

NORMA DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
PARA LA ERRADICACION DEL PIAN EN COLOMBIA

1. INTRODUCCION:

El Pián o Frambesia en Colombia se encuentra en forma endémica en algunos focos de la Costa Pacífica, y en 1949 existió tanto en la Costa Atlántica como en algunos lugares del centro del País; en 1950 el Ministerio de Salud mediante Proyecto N° 116 del 16 de Enero organizó la Campaña General Antiipiánica, por medio de la cual se produjo una disminución en la incidencia teniendo en 1967 unos 3.622 casos de Pián, luego en 1981 unos 109 casos notificados y en el año de 1982 únicamente 24 casos. Esta notificación, obedece a un subregistro, si tenemos en cuenta que la Campaña declinó sus coberturas por falta de personal, no todas las áreas endémicas fueron programadas y existe un registro a través del SIS-12 de 56 casos en 1982 no confirmados por el laboratorio. Esta situación nos ubica en la última fase de la erradicación, siendo prioritaria la participación de todas las Seccionales de Salud, las Instituciones adscritas y vinculadas al Ministerio de Salud, Universidades, personal médico y paramédico, colaborando con el cumplimiento estricto de estas Normas de Control y Vigilancia Epidemiológica, para poder lograr realmente la erradicación del Pián a Nivel Nacional.

2. OBJETIVO:

Erradicar la enfermedad de las áreas endémicas (Litoral Pacífico) y epidémicas (Litoral Atlántico y centro del país), mediante el diagnóstico clínico confirmado por métodos de laboratorio, como identificación del Treponema, VDRL y la aplicación de medidas terapéuticas especiales en los focos residuales a los enfermos y contactos, intensificando la vigilancia epidemiológica mediante la investigación de campo de cada caso confirmado; y aportar un diagnóstico diferencial certero con otras patologías como Leishmaniasis tegumentaria americana, Micosis superficiales, Lepra, Tuberculosis cutánea, Impétigo, Sarna, Piodermitis vegetante, Phitiariasis rosada alba, algunas formas de Liquen, Psoriasis, Anemia de Células Falciformes, Granuloma venéreo, Mal Perforante plantar, Blastomycosis, Osteomielitis, Onco cercosis, etc.

Es necesario establecer una vigilancia epidemiológica activa, ya que en los países donde se proclamó la erradicación, la Frambesia continúa con bajos niveles de transmisión sin ser erradicada.

3. DEFINICION:

El Pián o Frambesia, es una enfermedad infecciosa, contagiosa y no se transmite sexualmente, recurrente, de carácter crónico, cuyo agente etiológico es una bacteria patógena del género del Treponema denominada Treponema pertenue de Castellani.

En el período terciario, las manifestaciones se localizan en piel, hueso y posiblemente pueden comprometer el SNS produciendo un síndrome tabético; en piel son masas frambesiformes semejantes a la etapa secundaria, o se presentan como gomas dérmicas con grandes masas subcutáneas afectando las plantas de los pies en donde la pápula experimenta erosión por traumatismo y se producen úlceras dolorosas de diferente diámetro, su base necrótica sucia y la infección secundaria extensa originan grietas largas y profundas. En el sistema óseo pueden producir osteoperiostitis y focos gomosos de necrosis, la tibia puede presentar deformidad en sable, los nódulos gomosos experimentan erosión o sobresalen de la superficie del hueso hacia el tejido subcutáneo, se pueden ulcerar y alcanzar el epitelio, causando deformidades mutilantes, que en el cartílago y hueso de la nariz recibe el nombre de gangosa, en el maxilar superior sobresalen masas gomosas en forma de huevo.

4. QUE HACER CON EL CASO:

4.1 Historia Clínica:

Debe contener claramente los siguientes aspectos para ser remitida a la oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Seccional de Salud.

- Ciudad y fecha.
- Identificación
- Número de Historia clínica.
- Nombre completo con apellidos
- Edad, sexo, peso.
- Ocupación y lugar de trabajo.
- Lugar de residencia habitual, especificando dirección precisa (barrio, calle, número y teléfono). Si es rural, Corregimiento, vereda, número SEM.
- Desplazamiento del paciente en los últimos dos meses.
- Fecha de iniciación de síntomas y signos.
- Lugar de origen de la posible infección.
- Descripción del cuadro clínico. Características de la lesión o lesiones, número, ubicación corporal, tiempo de evolución, compromiso ganglionar o de mucosas.
- Manifestaciones neurológicas de tipo tabético, supuestamente producidas en la fase tercera de la enfermedad.
- Exámenes de laboratorio que se han practicado, en dónde y precisar fechas.
- Descripción de contactos y situaciones especiales del paciente.
- Conocimiento sobre casos recientes, similares y su ubicación.

6.

El resumen debe ser elaborado por el Médico tratante, en el nivel local o regional; éste debe enviarse a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Seccional de Salud, o a la Jefatura de Zona del SEM de la región o a la Jefatura de la Sección de PIAN en el SEM, Bogotá, Carrera 14 N° 1-91 Sur.

4.2 Notificación:

Se requiere de la notificación inmediata telefónica y/o telegráficamente de todos los casos confirmados o sospechosos, del nivel regional a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Seccional de Salud, o a la Jefatura de Zona del SEM, y estos Organismos a su vez, informarán a la Jefatura de la Sección de PIAN-SEM-Bogotá, y a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Esta notificación es responsabilidad del Director de la Unidad Regional.

En los Formularios Diario de Consulta Médica (SIS-1) del Sub-sistema de Información deben quedar registrados todos los casos confirmados de Pian, como aquellos que se encuentren en la investigación epidemiológica de campo; y además se deben consolidar mensualmente en el Formulario SIS-12 de Enfermería transmisibles de Notificación obligatoria, Código 102 como Pian o Frambesia o Buba, sea cualquiera la forma de manifestarse, como a continuación describiremos:

Lesiones iniciales:

- Chancro Frambésico
- Frambesia inicial o primaria
- Madre del Pián
- Úlcera inicial frambésica.

Lesiones papilomatosas múltiples:

- Clavo húmedo
- Frambesioma
- Papilomas, palmares o plantares frambésicos
- Pianoma
- "Wet crab yaws" ✓

Otras lesiones precoces de la piel:

- Frambesia cutánea (de menos de 5 años después de la infección)
ó precoz cutánea, maculosa, papulosa, maculopapulosa, micropapulosa.
- Frambéside precoz.

Hiperqueratosis:

- Frambesia en garra
- Hiperqueratosis palmar o plantar: frambésica (precoz), (tardía).

Gomas y úlceras:

- Frambesia nodular tardía (ulcerada)
- Goma frambésica

Gangosa:

- Rinofaringitis mutilante.

Lesiones de los huesos y articulaciones frambésicas (precoz tardía):

- Ganglión
- Hidrartosis
- Osteitis
- Periostitis hipertrófica
- Goma óseo
- Osteitis o periostitis gomoso
- Gundú o goundú

Otras manifestaciones como:

- Frambesia mucosa
- Nódulos frambésicos yuxta-articulares.

Frambesia latente sin manifestaciones clínicas con serología positiva.

4.3 Hospitalización:

Se hospitalizan los casos con evidencia de complicación secundaria si así lo requieren, y en caso de sospecha de Pián si lo justifica el diagnóstico diferencial; de lo contrario, el control y tratamiento serán ambulatorios y/o intradomiciliarios.

4.4 Manejo ambulatorio:

Es necesario informar al paciente y a su familia las siguientes recomendaciones:

- Las lesiones ulcerosas o los nódulos son contagiosos para las otras personas que estén en estrecho contacto con el enfermo.
- Es necesario un control mensual de la lesión tanto clínico como de laboratorio durante tres (3) meses consecutivos para poder asegurar una curación completa de la lesión piánica o investigar el diagnóstico diferencial.

Todo caso sospechoso de Pián, debe recibir una dosis de 1.200.000 U. de Penicilina Benzatínica, intramuscular si es adulto. Para menores de edad se sigue la misma dosis pero repartida su aplicación intramuscular en ambos glúteos.

- La aplicación de la medicación debe ser supervisada o realizada por médico o enfermera, para asegurar dosificación y aplicación

4.5 Seguimiento del caso:

Se debe citar o visitar intradomiciliariamente a cada caso sospechoso de Pián, aproximadamente un mes después de la inyección de penicilina para decidir si la lesión tiene una evolución favorable y se le debe realizar extendido para campo oscuro y serología cuantitativa (VDRL) de control.

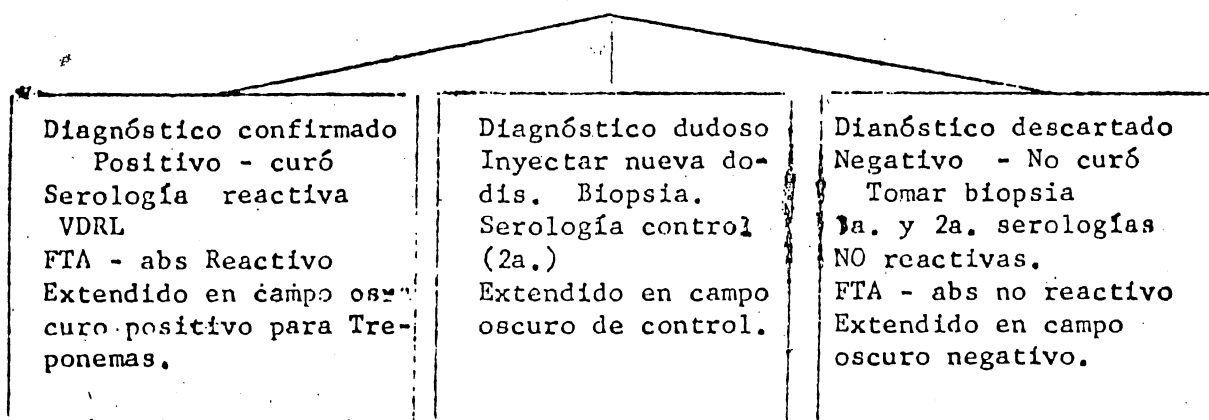
Las personas con lesiones curadas se registran como Pián con firmado o positivo (SIS-1 y SIS-12), mientras que las personas cuyas lesiones no han mejorado y si la serología no es reactiva, se eliminan de la lista (SIS-1 y SIS-12) por ser negativo, descartando el diagnóstico.

A los casos cuyas lesiones han mejorado pero no curado (dudosos de evolución favorable) se les puede aplicar hasta 2 ó 3 inyecciones adicionales de Penicilina Benzatínica antes de registrarlos como confirmado o descartados por un control de extendido en campo oscuro y serología cuantitativa (VDRL).

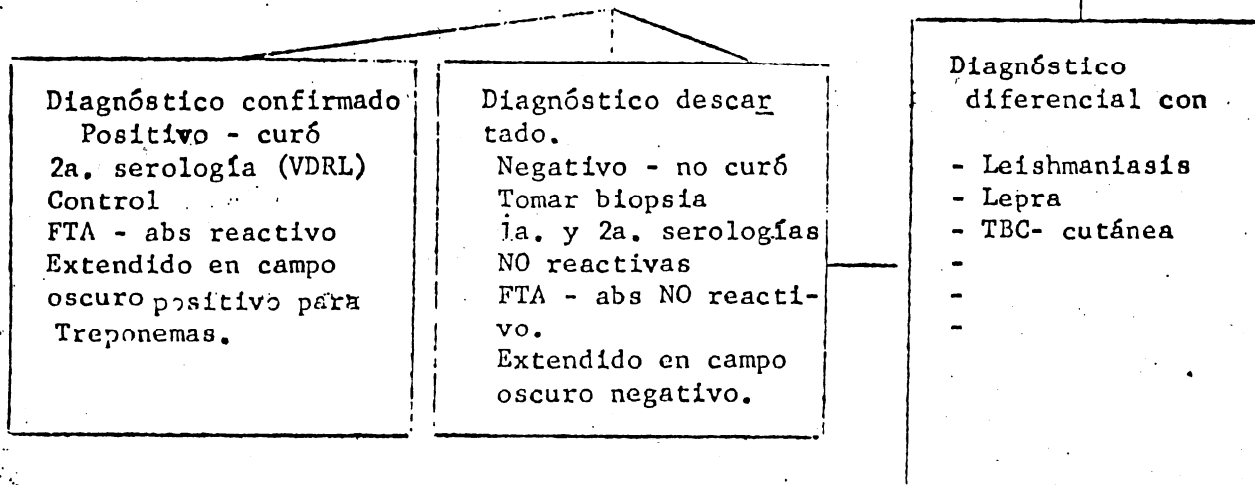
4.6 Diagnóstico Diferencial Secuencia:

Caso sospechoso de Pián
Aplicar penicilina Benzatínica

(Primer control al mes)



(Segundo control al mes)



4.7 Exámenes de Laboratorio y Remisión de Muestras:

Buscan la confirmación del diagnóstico, por lo tanto deben ser practicados a todo paciente con Impresión Diagnóstica o sospechosa de padecer Pián.

Se deben remitir las muestras obtenidas del paciente, claramente identificadas con el nombre completo, procedencia, diagnóstico presuntivo, un resumen de la historia clínica y la solicitud del examen requerido al laboratorio regional o de referencia.

- Para identificar el microorganismo.

Frotis de la lesión (es) activa (s).

Previo limpieza del reborde de la lesión, se raspa el tejido con una hoja de bisturí. Se extiende el material sobre una lámina portaobjetos, preferiblemente tomar dos frotis, se dejan secar al ambiente y sin colorear se envían al laboratorio envueltas en papel higiénico para evitar que se contaminen. Pudiéndose en este material, realizar la demostración de treponemas en examen de inmunofluorescencia / FTA-abs del exudado de las lesiones, o por medio de frotis por preparación en tinta china o con microscopio con campo oscuro.

La prueba mínima que debe realizarse como ayuda diagnóstica de seguimiento y de estudio de contactos, es la determinación del VDRL, cuantitativa.

Se informan a las oficinas donde se notifica el caso, del envío de muestras para que ellas se encarguen del envío oportuno de los resultados.

5. QUE HACER EN LA POBLACION:

5.1 Comportamiento local de la enfermedad.

Siendo el Pián una enfermedad incapacitante, que produce deformidades estéticas permanentes cuando el diagnóstico adecuado y tratamiento no se establecen precozmente y teniendo posibilidades de extinguirse como patología endémica de nuestro país; es secuela de la ignorancia no establecer la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad en cada localidad, donde un solo caso de Pián confirmado es una epidemia, debiendo establecerse la procedencia para determinar si el caso es autóctono o importado de uno de los focos endémicos del país, lo que debe ser motivo de alarma en cualquier localidad y de notificación inmediata.

5.2 Comportamiento de la enfermedad a nivel Regional:

Las Regionales deben mantener actualizada permanentemente la tendencia de la enfermedad por períodos epidemiológicos, tasas y municipios del área correspondiente, a partir de 1980.

5.3 Comportamiento de la enfermedad a Nivel Seccional:

La oficina de Vigilancia Epidemiológica Seccional debe mantener actualizado el comportamiento de la enfermedad por áreas programáticas y municipios, según las variables de edad y sexo. Además tener en cuenta la influencia de los focos endémicos residuales del Litoral Pacífico en la prevalencia e incidencia de la enfermedad en su Seccional, para poder coordinar un trabajo de conjunto con la Sección de Pián del Ministerio de Salud. Un solo caso de Pián autóctono, es un foco residual mientras no se demuestre lo contrario.

5.4 Tratamiento de contactos:

La presencia de un caso confirmado (positivo) de Pián, desencadena la investigación y ubicación inmediata de la fuente de contagio (contacto anterior) y de sus contactos posteriores en las mismas Zonas geográficas en los siete (7) días siguientes, luego de confirmado el caso índice.

"Los contactos del caso confirmado, deben investigarse por VDRL, deben recibir la dosis de Penicilina Benzatínica completa (1'200.000 Unidades) si la serología es reactiva, si NO es reactiva, hacer control en 30 días.

5.5 Fomento y promoción de la salud:

Para poder llegar a la erradicación del Pián del territorio Colombiano, es necesario que la población conozca que la padece; entonces, es prioritaria la educación sanitaria y con base en el conocimiento real de esta enfermedad, mejorará la demanda y oferta de atención médica y podremos lograr su extinción; lo que trascenderá como un aporte del Sector Salud al bienestar comunitario.

La participación de la comunidad a través de la motivación de sus líderes comunales y naturales, son el grupo de vigilantes máspreciado y de mayor utilidad, ya que éstos, están siempre en el lugar donde hay dolor y es adonde nuestros programas de Salud no siempre llegan.

6. INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO:

Actualmente, la sospecha clínica de un caso de Pián en cualquier lugar del país, se considera una epidemia, por lo tanto amerita la investigación completa del caso, (caso índice) como de sus

Ministerio de Salud
Dirección de Campañas Directas
SECCION PIAN

NORMA DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA
ERRADICACION DEL PIAN EN COLOMBIA

Dr. William Rodríguez Uribe
Jefe Sección Píán.

Bogotá, Marzo, 1984

CASOS NOTIFICADOS DE PIAN POR DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA
SIS-12 1975 - 1983

Cuadro 1.

SUBDIVISION	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983 (*)
<u>CARIBE</u>									
GUAJIRA	1	5	-	-	-	2	-	1	-
MAGDALENA	-	-	-	2	-	-	-	-	-
CESAR	-	-	5	-	12	17	-	-	-
ATLANTICO	-	-	-	-	-	-	-	1	1
BOLIVAR	-	2	1	-	-	-	-	4	-
SUCRE	-	3	-	-	-	-	-	-	-
CORDOBA	-	1	-	-	-	1	68	10	-
<u>PACIFICO</u>									
CHOCO	-	2	-	4	3	11	-	-	-
VALLE	-	1	3	-	2	-	-	2	1
CAUCA	-	2	34	-	1	-	1	-	1
NARIÑO	-	3	9	28	7	17	10	-	-
<u>ANDINA</u>									
ANTIOQUIA	5	6	-	10	2	3	-	5	9
NORTE SANTANDER	-	-	-	-	1	-	1	-	-
SANTANDER	-	1	21	3	2	-	-	1	-
CALDAS	-	-	3	4	-	-	-	1	-
QUINDIO	-	-	-	-	1	-	-	-	-
RISARALDA	-	14	58	52	17	4	-	-	-
CUNDINAMARCA	-	3	2	1	10	32	1	1	1
BOGOTA D.E.	-	2	-	5	-	-	1	20	1
TOLIMA	-	-	-	-	-	1	-	-	1
HUILA	-	-	1	6	-	1	1	2	-
BOYACA	-	5	-	-	-	-	-	-	-
META	1	13	-	-	-	-	-	-	1
TERRIT. NALES.	-	73	7	12	6	64	-	8	-
T O T A L	7	131		127	64	153	83	56	16**

* Prelimina

CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL PIAN

SITUACION EN 1.983



DATOS CENSALES EN JULIO DE 1.983

CONCEPTO	Nº	Nº LOC.	Nº CASAS	POBLACION
SECCION				
BOGOTÁ	3 472	150	4.395	22.373
BAJA	6 854	590	12.787	43.476
VALLE	39 222	1 835	52.073	243.704
CAUCA	3 946	950	46.340	203.936
ANTIOQUIA	5.870	343	35.002	171.159
TOTAL	65.164	3.910	150.606	684.646

CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL PIAN.

SITUACION EN 1975 - 1979



CAMPAÑA ANTIPIANICA

MANUAL DE NORMAS

CAPITULO I

1. EL PIAN

1.1 Definición:

El Pian o frambesia es una enfermedad infecciosa, contagiosa y no venerea, recurrente, de carácter agudo y crónico, producida por una espiroqueta patógena del género treponema, denominada Treponema pertenue de Castellani.

1.2 Mecanismo de Transmisión:

Se cree posible la transmisión del Pian por moscas Hípatos Fallipes, pero generalmente es por contacto directo con casos clínicos activos que presentan lesiones cutáneas abiertas; a través de una solución de continuidad de la epidermis, debido a que el organismo no puede atravesar el epitelio intacto.

1.3 Periodo de incubación:

Se considera de 28 a 75 días, con un promedio de 52 días.

1.4 Manifestaciones clínicas:

Se caracteriza por presentar tres periodos clínicos: con lesiones cutáneas y mucosas; y con lesiones tardías destructivas semejantes a gomas de la piel y los huesos; en el primer periodo se manifiesta por una pápula pardorrojiza que aumenta de volumen

hasta los 2 ó 3 cms. de diámetro, luego se produce una masa elevada roja, semejante a una fresa (frambesioma o buba), la superficie experimenta necrosis y se forma una úlcera sucia, granulosa, erosionada, cubierta de costras y se infecta secundariamente, esta se presenta generalmente en los brazos y las piernas. El período primario puede curar espontáneamente o persistir hasta la aparición de lesiones secundarias generalizadas. En el segundo período, dos o tres meses después de aparecen lesiones cutáneas generalizadas que varían de máculas a pápulas; por último, se convierten en granulomas voluminosos (de 4 a 5 cms. de diámetro) semejantes a la lesión original. Recurren por brotes durante años y al final pueden quedar reducidas a cicatrices fibrosas.

En el período Terciario, las manifestaciones se localizan en piel y hueso, en piel son masas frambesiformes semejantes a la etapa secundaria; o se presentan como gomas dérmicas con grandes masas subcutáneas; afectando las plantas de los pies en donde la pápula experimenta erosión por traumatismo y se producen úlceras dolorosas de diferente diámetro, su base necrótica sucia y la infección secundaria extensa originan grietas largas y profundas. En el sistema óseo producen osteoperiostitis y focos gomosos en sable; los nódulos gomosos experimentan erosión o sobresalen de la superficie del hueso hacia el tejido subcutáneo, se pueden ulcerar y alcanzar el epitelio, causando deformidades mutilantes, que en el cartílago y hueso de la nariz recibe el nombre de gangosa; en el maxilar superior sobresalen masas gomosas en forma de huevo. La hiperqueratosis plantar de aspecto nudoso es característica de la fase tardía del Píam.

CAPITULO II

2. ERRADICACION DEL PIAN

2.1 Teoría de la erradicación:

Erradicar quiere decir: acabar de raíz, Erradicar el Pian, es terminar con él definitivamente, sin dejar ningún foco o contacto en el territorio colombiano, por medio de una campaña nacional en tipianica íntegra.

2.2 Fundamentos de la erradicación del Pian:

Sí es posible erradicar el Pian del territorio colombiano debido a los siguientes hechos:

- a) La enfermedad está confinada geográficamente y afecta a una sola región del país, con focos identificados y otros identificables.
- b) Por la reducción de la incidencia a través de los años.
- c) El Pian es una enfermedad incapacitante y que produce deformidades estéticas.
- d) La existencia de una terapéutica eficiente para curar radicalmente al paciente y sus contactos.

e) Por la implementación de un equipo técnico para una Campaña efectiva en fase de ataque, con la asociación de una vigilancia epidemiológica óptima a través de unas Normas de Vigilancia puestas a disposición y ejecutadas por los Organismos autorizados y vinculados al Ministerio de Salud.

f) Por la limitación de focos de Píam en las Américas.

2.3 Extensión de la Campaña de Erradicación del Píam:

La Campaña para erradicar el Píam se debe localizar en todo el territorio nacional, en el área endémica de Píam por la Campaña Directa y en el resto del país por las Seccionales de Salud por medio de la Vigilancia Epidemiológica.

2.4 Bases de la Campaña:

El programa de erradicación del Píam se desarrolla en dos fases que son:

a) Fase de ataque:

Se realiza la búsqueda activa de casos en el área endémica y se administra tratamiento definitivo a los casos clínicos diagnosticados y tratamiento presuntivo a los contactos.

b) Fase de consolidación:

Se efectúa la vigilancia epidemiológica de las áreas ya libres de Píam, mediante el cumplimiento de una Norma de Vigilancia Epidemiológica para los Servicios Seccionales de Salud e

Instituciones adscritas y vinculadas al Ministerio de Salud para eliminar los focos residuales, evitar reinfecciones e investigar casos importados.

2.5 EL SEM:

El Programa de Erradicación del Píam en Colombia, es ejecutado bajo la Dirección General de Campañas Directas del Ministerio de Salud, por medio de la Jefatura de la Sección PIAN.

Esta Sección cuenta con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

La Sección de Píam para lograr su objetivo, desarrolla dos actividades:

- a) Búsqueda activa de casos por investigación epidemiológica y tratamiento, por medio del grupo operativo de la Campaña
- b) Búsqueda pasiva de casos por medio de la implantación de las Normas de Vigilancia Epidemiológica para la erradicación del Píam a través de las Seccionales de Salud.

CAPITULO III

3. EL VISITADOR DE PIAN:

3.1 Es el funcionario responsable por la localización de personas sospechosas de padecer Pian (búsqueda activa), sus contactos y del tratamiento de estas personas.

Las actividades del Visitador se desarrollan exclusivamente en el medio rural, a pié, a caballo o en lancha y bajo las condiciones atmosféricas reinantes.

El trabajo del Visitador, es de gran importancia para el éxito de la Campaña, pues de él depende que se detecten oportunamente y se curen los enfermos y contactos de Pian.

A su ingreso el Visitador recibe la capacitación para el desempeño de su cargo. Posteriormente recibe el llamado readiestramiento en servicio, por parte de funcionarios supervisores, con el fin de mantener el nivel técnico necesario para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Jerárquicamente, el Visitador depende directamente del Jefe de Sector - Inspector, de quien recibe supervisión, orientación, abastecimiento y órdenes verbales o escritas, debiendo en cambio, informarle sobre sus actividades y sobre los hechos importantes o novedades existentes en su área.

El Visitador desarrolla sus actividades dentro de una extensión geográfica denominada "Area de Trabajo". La labor a ser cumplida está relacionada con el "Plan de Trabajo-Itinerario" (E-2) que les es entregado por el Jefe de Sector ó Inspector.

3.2 Sus funciones específicas son:

3.2.1 En la Búsqueda Pasiva:

- a) Visitar en las poblaciones todas las comunidades como escuelas, colegios, etc., para informarles conocimientos sobre Píam; para canalizar a la comunidad hacia los Organismos de Salud.
- b) Adiestrar profesores, etc., C.V. para la búsqueda de casos y su remisión a los Organismos de Salud, o para la información a los Visitadores e Inspectores del Programa de Píam.
- c) Visitar a las autoridades y líderes naturales de las localidades en que trabaja, para motivarlos en la notificación de casos, informándoles sobre la existencia de la enfermedad, su forma de controlarla, etc.
- d) Recibir del Jefe de Sector los informes de anatomía patológica de las biopsias tomadas a los casos sospechosos de Píam que resultaron ser otra patología y canalizar estos pacientes al Puesto de Salud u Hospital más cercano de su domicilio para el tratamiento adecuado.

3.2.2 En la búsqueda activa:

- a) Proceder a la búsqueda de personas sospechosas de padecer Pian en el área de su itinerario mediante visitas periódicas casa a casa. La periodicidad de la visita será trimestral o semestral de acuerdo con la frecuencia de casos en el área. En condiciones especiales la Visita podrá ser mensual.

Localizar los casos sospechosos de Pian. Si no están en la casa, deben localizarlos en los sitios de trabajo.

- b) Todo caso sospechosos debe recibir una dosis de 1.200.000 U- de Penicilina G-benzatínica si es adulto o el equivalente a su edad si es menor.

Los contactos del caso deben recibir la mitad de la dosis.

- c) Mantener actualizados los croquis de las localidades en que trabaja.

3.2.3 Generales:

- a) Cumplir su Plan de trabajo-itinerario (Forma E-2) dentro de las fechas previstas, sin atrasos ni adelantos considerables.
- b) Cuidar por la conservación y uso correcto del equipo de trabajo, materiales y medio de transporte.

- c) En las áreas en colonización hacer observaciones sobre los movimientos de la población, averiguando la existencia de localidades y casas nuevas.
- d) Observar los movimientos de grupos humanos hacia su área, tales como grupos indígenas o campamentos móviles y correlacionados con los casos de Pian o contactos.
- e) Registrar diariamente, en el lugar de trabajo en los formularios correspondientes la labor realizada.
- f) Asistir a la reunión mensual de Visitadores.
- g) Seguir las instrucciones y órdenes dictadas por sus superiores y obedecer las normas y reglamentos del SEM y Programa de Erradicación del Pian.
- h) Realizar toda otra función que disponga la Jefatura de Zona.

3.2.4 De Educación para la Salud y Relaciones:

- a) Informar sobre la campaña y su actividad a la población de las localidades de su itinerario.
- b) Establecer y conservar buenas relaciones con la comunidad observando comportamiento ejemplar y buena conducta, dentro y fuera de las horas de trabajo, para mantener su propio prestigio y del SEM.

- c) Dictar charlas informativas sobre las campañas del SEM a los alumnos de las escuelas de nivel primario en las localidades de su itinerario.
- d) Mostrar equilibrio emocional, lenguaje adecuado, cortesía y buena educación con todas las personas que trata, independientemente de la condición de cada una de ellas.
- e) No dejar deudas oficiales o particulares en su área de trabajo.
- f) Cuidar de su apariencia personal, debiendo permanecer uniformado en las horas de trabajo.
- g) Siendo un funcionario a tiempo completo, no deberá dedicarse a otras actividades ajenas al SEM en su área de trabajo.

3.3 Plan de trabajo:

El Visitador recibe del Jefe de Sector, su Plan de Trabajo-Itinerario (E-2) con las localidades en orden y periodicidad en que deberán ser visitadas, número total de casas de cada una. El Visitador no deberá dejar de visitar ninguna de las localidades, y si causas de fuerza mayor lo impidiesen, así lo hará constar en la bitácora.

3.4 Area de Trabajo:

Así se denomina a la extensión geográfica que comprende un cierto número de localidades donde desarrolla sus actividades el Visitador.

3.5 Jornada de Trabajo:

La Jornada de Trabajo para el personal de Campaña es de 3 horas diarias en los días ordinarios lunes a viernes. La hora de inicio y término de las actividades es fijada por los Jefes de Zona, de acuerdo a conveniencias locales.

El Visitador deberá encontrarse en la localidad programada a la hora marcada para el inicio de sus labores, a fin de comenzar a trabajar a la hora exacta.

3.6 Licencias, permisos, vacaciones, etc.

- a) Permisos: los permisos para ausentarse del trabajo por motivos particulares deberán ser solicitados con anticipación, por conducto regular y con la autorización del Jefe de Sector. (Inspector)
- b) Licencias: las solicitudes de permiso por motivos de salud deberán estar respaldadas por un certificado médico expedido por CAJANAL. El permiso por calamidad doméstica tiene duración hasta de 3 días. x
- c) Vacaciones: El funcionario tiene derecho a 15 días de vacaciones con goce de sueldo, cada fin de año, o en la forma en que disponga el Jefe de Zona de acuerdo con las necesidades del trabajo.

3.7 Medio de Transporte:

Está contemplado en el Plan de trabajo-Itinerario, según las vías de comunicación predominantes en cada área.

3.8 Avance para gastos de campo:

Cuando las necesidades del área lo exijan, el visitador recibirá del Jefe de Sector una cierta cantidad de dinero efectivo, con el objeto de atender eventuales gastos de transporte, manutención de las cabalgaduras, etc.

El Visitador es responsable único por el manejo de este dinero, debiendo presentar balance del mismo a los supervisores que lo soliciten y tener sumo cuidado en la elaboración de los sub-comprobantes de gastos.

3.9 Equipo y mantenimiento de trabajo:

El Visitador dispondrá del siguiente equipo y materiales proporcionados por el SEM - Campaña de Erradicación del Pian, siendo responsable por su conservación y correcta devolución al retirarse de la Campaña:

- Maletín
- Equipo de inyectología
- Ampollas de Benzatacil
- Bitácora
- Lápiz
- Plan de trabajo itinerario (E-2)
- Croquis de localidades
- Mapa de su área de trabajo

- Formularios: PIAN-1 Informe diario de actividades antipianicas.
PIAN-2 Resumen de actividades antipianicas
PIAN-3 Informe mensual de actividades
PIAN-4 Control de casos de Pian
PIAN-5 Investigación de casos de Pian
E-7 Censo de casas y habitantes por localidades
- Reloj (de adquisición del funcionario).

3.10 Equipo personal:

Cada Visitador recibirá el siguiente equipo personal, por una sola vez con excepción de los uniformes que serán renovados cada año:

- Uniforme - Casco de plástico o de aluminio.
- Capote para lluvia (opcional)
- Botas de campaña.

3.11 Actualización de croquis, mapas e itinerarios:

Durante el recorrido de las localidades en la búsqueda activa, se comprobará si existen localidades o casas nuevas, registrándolas y procediendo a trabajar en ellas, deberá sin embargo actualizar y corregir estos con el Inspector.

3.12 Reunión mensual de Visitadores:

El último viernes de cada mes SEM se lleva a cabo la reunión mensual de los visitantes, que trabajan en el Sector. Estas reuniones son

una buena oportunidad para el intercambio de ideas y experiencias entre los participantes, para la discusión de los problemas de diversa índole que cada uno afronta, para aclarar las dudas que surjan en la labor diaria y para el readiestramiento en diversos aspectos del trabajo, a partir de las fallas y sus respectivas correcciones en el desempeño y el de sus compañeros.

La reunión mensual deberá desarrollarse en un clima de cordialidad e intercomunicación mutua informar a fin de que resulte provechosa y no se reduzca a una simple revisión y entrega de material y formas de trabajo, que no es su finalidad principal.

Para evitar pérdidas de tiempo, se recomienda a los participantes:

- a) Presentarse a la sede de Sector, a la hora indicada (2 p.m.) debidamente uniformados, con adecuada presentación personal, llevando su material de biopsia o RPR, equipo de trabajo, bitácora y su medio de transporte cuando este último sea posible.
- b) Llevar las formas de trabajo diligenciadas, actualizadas y revisadas.

El Jefe de Sector es el encargado de presidir la reunión y en ausencia de éste, el Supervisor designado por el Jefe de Zona. Para el desarrollo de la misma se siguen los siguientes pasos:

- a) El Visitador hace entrega del material de visitas y formas de trabajo.

- b) Cada Visitador hace un comentario sobre el trabajo realizado en su área, en forma resumida. El Jefe de Sector registra los datos haciendo las observaciones y recomendaciones que crea necesarias.
- c) Lectura y comentarios de uno o más capítulos del Manual del Visitador, e Información cooperativa en general y en particular sobre Cootrasem.
- d) Lectura y comentario por el Jefe de Sector, de las disposiciones, circulares, etc., llegadas a la Jefatura de Zona.
- e) Distribución de los resultados de biopsias y serologías a los visitantes.
- f) Reposición de los elementos faltantes.

CAPITULO IV

4. BÚSQUEDA DE CASOS

4.1 Generalidades

4.1.1 Definición:

En la terminología de la Erradicación del Pí se denomina así a una de las operaciones de vigilancia que consiste en el descubrimiento constante de casos de Pí en una colectividad; mediante el interrogatorio a las personas sobre la presencia de úlceras dórnicas, clavos plantares o palmares, nódulos, máculas, pápulas, únicos o múltiples hasta de 4 a 5 cms. de diámetro en forma de condilomas; y con la confirmación clínica de estos signos de lesión sospechosa de Pí, es establecer el tratamiento con Penicilina Benzatínica. Además, realizar la búsqueda y tratamiento de los contactos.

4.1.2 Objetivos:

El objetivo principal de la búsqueda de casos es erradicar la enfermedad del área endémica, mediante la aplicación de medidas terapéuticas especiales en los focos residuales a los enfermos y contactos e intensificación de la vigilancia epidemiológica.

En las áreas de ataque, la búsqueda de casos permite averiguar si la transmisión disminuye, por esto es muy importante localizar y tratar el contacto anterior al caso hallado y los contagios posteriores a este.

1.3 Responsabilidad:

El correcto funcionamiento del sistema de búsqueda de casos programa de Erradicación del Píam con las modalidades búsqueda pasiva y activa, es responsabilidad exclusiva del visitador. De su diligencia y honestidad, empeño y sentido de responsabilidad, depende el buen funcionamiento de esta operación.

4.1.4 Sistema de búsqueda de casos:

La búsqueda de casos se desarrolla en base a dos métodos diferentes de acción que se denomina Búsqueda Pasiva y Búsqueda Activa.

4.2 Búsqueda Pasiva:

4.2.1 Definición:

Es una operación de la vigilancia epidemiológica, que consiste en la búsqueda constante de casos de Píam en una colectividad, por personas que no son funcionarios del Programa de Erradicación del Píam. La búsqueda pasiva se apoya fundamentalmente en la notificación que dan al Programa de Erradicación del Píam el personal de salubridad (Seccionales de Salud) o los Colaboradores voluntarios, sobre la existencia de personas con Píam en la comunidad, guiándose por las Normas de Vigilancia Epidemiológica del Píam, que le dá credibilidad a la notificación si son bien desarrolladas.

Su cobertura es amplia, al realizar una distribución y aplicación de las Normas a todos los niveles de atención hasta llegar a un Puesto de Salud, y la notificación de estos se realizará de cada nivel a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica del Servicio Seccional de Salud o a la Jefatura de Zona del SEM en cada región y éstos a su vez notificarán a la Jefatura de la Sección de Píam en el SEM-Bogotá.

4.2.2 Objetivo:

Descubrir oportunamente la presencia de cualquier caso de Píam en una localidad mediante la disponibilidad permanente del personal de salud de acuerdo a las Normas de Vigilancia Epidemiológica del Píam para que tome las medidas allí expuestas en todas las personas con lesiones sospechosas de Píam que se le presenten.

4.2.3 El Notificante:

Es todo funcionario de un Organismo de Salubridad, de cualquier categoría, que por su posición privilegiada, como servidor de Institución de Salud, tiene contacto diario con personas

quepo- con lesiones sospechosas de Píam que allí acuden para *9* sol-
tratamiento de diversas enfermedades.

No se trabajará con C.V. para evitar falsos diagnósticos positivos.

positivo

50. lisitar

4.3 Búsqueda Activa:

4.3.1 Definición:

Se denomina así a la búsqueda de casos que realiza el Visitador del Programa de Erradicación del Píam, llegando periódicamente a todas las casas del área endémica que se encuentra en Fase de Ataque para investigar la presencia de personas con lesiones sospechosas de Píam o contactos anteriores o posteriores a un caso, y administrar el tratamiento con Penicilina G. Benzatínica.

La búsqueda activa cubre las localidades de las áreas donde exista la población de Transmisión del Píam (área endémica bien sea comunidades en las riberas de los ríos, zonas de colonización, escuelas, aserraderos, etc. La búsqueda es constante y con seguimiento de los contactos de los casos sospechosos de Píam; su cobertura es mayor en el espacio y en esta fase de ataque en el período final de la erradicación NO debe quedar casa sin ser investigada en el área endémica, río arriba y río abajo, se debe llegar a todas las localidades.

4.3.2 Procedimiento de la Búsqueda Activa.

En la búsqueda activa deberá tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) El visitador trabajará en las localidades señaladas en su Plan de Trabajo, con la secuencia que allí se indica.
- b) La búsqueda activa solamente se realiza en aquellas localidades donde se sospecha la presencia de Píam por ser áreas endémicas, o al tratar de localizar un contacto, o un caso que emigra a otra área NO endémica. Si no están en la casa deben localizarlos en los sitios de trabajo.
- c) Todo caso sospechoso debe recibir una dosis de 1'200.000 U. de penicilina G. Benzatínica si es adulto o el equivalente para la edad si es menor..

Los contactos del caso deben recibir la mitad de la dosis.

- d) Al llegar a cada localidad deberán hacerse visitas de cortesía a las autoridades, líderes, dueño o administrador de la hacienda, etc. explicando brevemente el tipo y objetivo de la actividad a realizar.
- e) La búsqueda activa se realiza fundamentalmente por medio de entrevistas con los moradores, o sea por contacto directo con el público.

4.3.2.1 La Entrevista:

Siendo la entrevista el principal medio de que se vale la búsqueda activa, se hace necesario establecer un buen mecanismo de comunicación a fin de que la misma resulte siempre provechosa y cumpla su finalidad.

Una entrevista mal llevada puede tener resultados negativos o contrarios a los que se buscan.

Se define la entrevista como una conversación informal entre dos personas con un objetivo determinado. Tiene dos finalidades:

- a) Dar información.
- b) Conseguir información.

Las siguientes recomendaciones resultarán útiles al Visitador en el desarrollo de la entrevista:

- a) Saludar cortemente, descubriéndose la cabeza momentáneamente si se usa casco o gorro. No es necesario dar la mano, sobre todo a las mujeres.
- b) Establecer una comunicación cordial. Mostrar actitud positiva. Dar la impresión de que se realiza el trabajo con satisfacción.
- c) Ser gentil con las personas, independientemente de su condición. Recordar la descortesía o una cara agria dispone a las personas en contra; el público no tiene nada que ver con los problemas que el funcionario pueda tener con sus superiores o con su familia.
- e) No monopolizar la conversación. Dar al entrevistado la oportunidad de hablar y ser escuchado con atención. No restar importancia a lo que él dice.

- f) Usar lenguaje simple a la altura del entrevistado.
- g) No penetrar en las casas sin pedir permiso y obtener autorización para ello.
- h) No demostrar disgusto por la apariencia de la casa o la falta de sillas para sentarse.
- i) No hacer preguntas negativas a las cuales es fácil responder diciendo: NO.

Por ejemplo: no decir: "No hay nadie con problemas en la piel o masas en esta casa, no?".

~~Decir más bien: "Por favor, quiénes tienen o han tenido problemas en la piel, masas, úlceras, tumorcitos ó nódulos, etc., aquí? ...?"~~

4.3.2.2 Actividades del Visitador en la Búsqueda activa:

- a) Visitar a todas las casas de la localidad indicada.
- b) Aplicar tratamientos a los casos con lesiones sospechosas y contactos.
- c) Registrar los datos de la actividad realizada.
- d) Información sanitaria sobre la enfermedad a la población.
- e) Canalización y actualización del reconocimiento geográfico.

4.3.2.3 Actualización de itinerarios, croquis y mapas:

El Visitador debe tener presente que como funcionario de campo del SEM, es un reconocedor geográfico y que está en la obligación de indagar sobre las localidades existentes en el área aunque no estén en su itinerario.

Durante su recorrido debe comprobar en el croquis la localización de las casas e incorporar las que no estén registradas. En caso de encontrar las localidades nuevas deberá incluirlas en el itinerario y en el mapa, informando después al Jefe de Sector. En ningún caso deberá cambiar el nombre de la localidad que aparece en el itinerario; si lo considera conveniente deberá proponerlo al Inspector.

CAPITULO V

TRATAMIENTOS ANTIPIANICOS:

5.1 Clasificación y modo de acción de los medicamentos antipianicos:

El tratamiento del Pian se realiza con penicilina G. Benzatínica, específicamente.

Todas las penicilinas comparten un núcleo químico común (ácido aminopenicilánico). Su actividad antimicrobiana consiste en la inhibición de la síntesis de las paredes rígidas de la célula bacteriana (*Treponema*) que contiene un mucopéptido complejo.

La penicilina G. Benzatínica es una sal de muy baja solubilidad. Se inyecta por vía I.M., para establecer un depósito que proporcione cifras bajas pero prolongadas del medicamento.

5.2 Tipos de tratamiento antipianico:

5.2.1 Tratamiento radical:

Es el que se administra para obtener la curación de la enfermedad o la eliminación definitiva de los treponemas del organismo. Este se realiza a las personas con lesiones sospechosas de Pian.

5.2.2 Tratamiento presuntivo:

Consiste en la administración, en una sola dosis de un medicamento antipianico a todo contacto de una persona con lesión sospechosa de Pian. Estos deben recibir la mitad de la dosis.

5.3 Dosificación de los Tratamientos:

Todos los casos sospechosos deben recibir una dosis de 1'200.000 U.

Penicilina G.-Benzatínica si es adulto (mayor de 7 años) o

equivalente para la edad si es menor, así:

25 Kilogramos peso aplicar 1'000.000 Unidades

20 " " " 800.000 "

15 " " " 600.000 "

10 " " " 400.000 "

5 " " " 200.000 "

5.4 Recomendaciones generales para la administración de medicamentos:

5.4.1 No dejar medicamentos con el enfermo o su familia para aplicarlos más tarde. Todos los esquemas deben ser administrados en presencia.

5.4.2 Se deben tener en cuenta los efectos adversos de la Penicilina o efectos colaterales que son debidos a hipersensibilidad del paciente como son las reacciones alérgicas, choque anafiláctico (raro se presenta en uno de 2000 pacientes), enfermedad del suero (urticaria, fiebre, hinchazón de las articulaciones, edema angioneurótico, prurito intenso, y transtornos respiratorios que ocurren 7-12 días después de la exposición y toda una gama de erupciones cutáneas, lesiones bucales, fiebre, nefritis, eosinofilia, anemia hemolítica, otros transtornos hemáticos y vasculitis.

- Interrogar al paciente sobre el antecedente de alergia a la penicilina, si no lo tiene, aplicar la inyección.
- No hacer prueba de sensibilidad a la penicilina, debido a que ésta vuelve sensible al paciente.
- Una persona que nunca ha recibido terapia con penicilina, no tiene por qué ser alérgica.
- Drogas que inhiben la acción de la Penicilina: Cloranfenicol.
- Drogas que interfieren con la penicilina: La Tetraciclina.

ACTIVIDADES EN CONSOLIDACION Y MANTENIMIENTO:

1. Búsqueda pasiva de casos mediante la aplicación de las Normas de Vigilancia Epidemiológica, para el Pian en todos los niveles de atención a las personas, laboratorios, oficinas de Vigilancia Epidemiológica de las Seccionales y Zonas del SEM.
2. Investigación epidemiológica local ante la presencia de un caso de Pian.
3. Investigación epidemiológica regional ante la presencia de casos autóctonos de Pian.
4. Tratamiento radical de los casos de Pian confirmados y en contactos.
5. Seguimiento de casos (controles) mínimo durante tres meses a través de la búsqueda activa donde se encuentre o por laboratorio.

CONTROL DE BROTES EPIDEMICOS:

Cuando se compruebe la transmisión natural de la enfermedad por presencia de casos autóctonos en una localidad o en una región en fase de consolidación o la exacerbación de la endemicidad en áreas en ataque por la detección de un número innusitado de casos de Píam, por encima de los niveles usuales.

En consolidación, el brote epidémico puede ser local (una sola localidad) o regional (varias localidades).

Información de Un Brote Epidémico:

- Nombre del brote (nombre de la localidad origen)
- Municipio y sección del país
- Datos censales (Número de localidades, casas, población).
- Breve descripción (antecedentes, ecología, etc.)
- Causas o factores determinantes del brote.
- Medidas tomadas y pronósticos.
- Recursos necesarios.
- Croquis panorámico.

Seguimiento del brote Epidémico (foco).

La propuesta de suspensión de las medidas focales deberá ser comunicada al Nivel Central para su aprobación.

2

ACTIVIDADES OPERACIONALES DE LOS SUPERVISORES DE LA
CAMPAÑA ANTIPIANICA

1. Evaluación de los casos sospechosos a partir de un mes de la inyección de penicilina, para observar la respuesta al tratamiento e investigar y hacer estudios complementarios de todos los casos "confirmados" como Píam, por su respuesta positiva a la Penicilina, para poder llegar a la focalización real de la endemia residual.
2. Esta investigación tiene por objeto clasificar el caso según su fase primaria, secundaria o terciaria, comprobar la respuesta terapéutica y precisar el lugar de origen y la probable fecha de la infección.
3. El conocimiento de la ubicación y extensión de los focos residuales, lo que es ^{una} consecuencia de la investigación; al igual que la distribución de focos de entidades patológicas con manifestaciones clínicas similares al Píam (Leishmaniasis mucocutánea, lepra, TBC, etc.) pero sin respuesta terapéutica a la penicilina.
4. Investigar la fuente de contactos de cada caso confirmado (familiares, compañeros de escuela, contactos en el trabajo). Utilizar el Formulario PIAN N° 5.
5. Asegurar y verificar el tratamiento de todos los casos confirmados y de los contactos en el curso de una semana.

6. Visitar mensualmente a las familias afectadas con casos confirmados, durante tres (3) meses después del tratamiento de los contactos.
7. Desarrollar una vigilancia activa en las familias y en las localidades que están cerca de los casos confirmados. Para esto tener muy presente las migraciones, las vías de acceso y medios de transporte.
8. Seguir las pautas para evaluación del tratamiento. (Esquema).
9. Si las lesiones NO evolucionan favorablemente y el diagnóstico se considera negativo, fuera de tachar la información en los formularios y readiestrar al Visitador; se debe tomar una biopsia de 0.5 cm. a 1 cm. de diámetro de la lesión (borde de Úlcera) y enviarse a la Jefatura de la Sección de Piau con resumen de Historia clínica para analizarla en el INAS, se incluye en formol al 10%, se rotula el frasco y se envía al laboratorio de referencia con una copia de la Forma PIAN-5.
10. Luego de recibir los resultados del INAS, que confirman patología diferente al Piau, debe informarse sobre el caso a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Seccional o Regional, para que se encarguen del paciente y reciba el tratamiento adecuado.

ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE ZONA

1. Tabular los datos por cobertura, localidad, municipio y departamento.
 2. Llevar a todo caso, un registro individual con la fecha de descubrimiento y tratamiento, fecha y lugar probable de la infección, número de tratamientos y respuesta terapéutica.
 3. Producir mensualmente la información a la Oficina Central por municipio y Departamento.
-

Febrero, 1984

FIG. 1. PIAN INICIAL PAPILOMATOSO



E L P I A N

Conocimientos básicos sobre la enfermedad .-

11

DEFINICION

El Píano o Frambésia, es una enfermedad tropical infectocontagiosa no venérea ni congénita caracterizada por tres períodos. El primero por un papiloma único (Buba madre) localizado extragenitalmente casi en un ciento por ciento de los casos. El Secundario por papilomas múltiples diseminados por todo el cuerpo y el Terciario por toda clase de manifestaciones destructivas de la piel, los huesos y los cartílagos.

ETIOLOGIA

El agente productor del Píano es el Treponema Pertenu, que fue descubierta por Cartellani en 1.905 en la serosidad de las pápulas piánicas; morfológicamente es INDISTINGUIBLE del Treponema pallidum productor de la Sífilis. Se presenta en forma de espiral y mide de 8 a 14 micras de diámetro.

TRANSMISION

El Píano es transmitido por contacto directo o indirecto. El contagio directo requiere que exista una excoriación de la piel porque el treponema no penetra a través de la piel sana. Se admite también la transmisión indirecta por intermedio de la mosca doméstica y en especial de la denominada Hippelapes Palipes cuando regurgita sobre la piel con excoriaciones.

SINTOMATOLOGIA

La enfermedad puede dividirse en tres períodos diferentes : Primario, Secundario y Terciario, precedidos de un período de incubación.

PERIODO DE INCUBACION

Es muy variable; se considera como término medio de dos a tres semanas.

PERIODO PRIMARIO

La lesión inicial está caracterizada por un papiloma (Buba madre) de tamaño variable, único exudativo y que se cubre por una costra amarillenta, dura, de aspecto semejante al de una frambuja o mora. Está localizado más frecuentemente en los miembros inferiores, por debajo de los tobillos, debido probablemente a la mayor facilidad de contagio en las personas que caminan descalzas; le siguen en orden descendente de frecuencia los miembros superiores y la cara. Es excepcional su localización en el tronco y un verdadero hallazgo el encontrarlo en los órganos genitales. La evolución es hacia la desaparición espontánea o hacia la ulceración. La duración del papiloma es hasta de tres meses pero habitualmente sólo dura entre seis y ocho semanas. La aparición de esta lesión primaria es precedida, en la mayoría de las veces, por síntomas de orden general : prostración, cefalea, fiebre, dolores articulares.

PERIODO SECUNDARIO

Está caracterizado por papilomas múltiples, más pequeños que el de la lesión primaria, distribuidos por todo el cuerpo y siguen una evolución muy semejante a la de la Buba madre, de donde se les ha llamado Bubs hijas. Se observan como en grupos; las de mayor tamaño se hallan rodeadas de un grupo de satélites, y se cree que la autoinfección es la responsable, ya que son mucho más numerosas en los sitios de contacto de las mucosas con la piel, como sucede en las lesiones de las regiones peri-bucal, peri-nasal y peri-anal. Estas manifestaciones secundarias se acompañan de un intenso prurito y presentan la particularidad de ser indolores. Se acompañan de reacción glanglionar; los ganglios inguinales, crurales y cervicales se hipertrofian. La erupción va precedida o acompañada por fenómenos generales : Fiebre, cefalea.

lesiones secundarias alcanzan su máximo desarrollo hacia la segunda semana; después la costra se arruga, se oscurece, se adelgaza y se cae; deja una cicatriz de piel gruesa.

PERIODO TERCIARIO. Sucede a veces, que las manifestaciones secundarias del Píen en lugar de resolverse, se abren y se ulceran determinando lesiones con secreción abundante. En este período hay destrucción de piel; cartílagos, músculos, tendones y huesos. No hay lesiones viscerales, circulatorias ni nerviosas. Entre las lesiones más comunes y características de este período se encuentran:

- a) Queratosis plantar. Llamada "clavo"; es una lesión muy dolorosa que se extiende lateralmente por debajo de la piel y determina ulceraciones.
- b) Gangosa. Consiste en la destrucción total de la nariz y de buena parte del paladar.
- c) Úlceras. Se localizan preferentemente en los miembros inferiores; de muy variable dimensiones, sangrantes, de bordes duros. Está cubierta por una costra blanda de aspecto de nata y en el centro se aprecia una zona de gran botonamiento a la cual se pega fuertemente esa nata hasta el punto de que es prácticamente imposible levantarla sin provocar hemorragia.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA EN COLOMBIA

El Píen es una enfermedad cuya distribución geográfica, en el territorio nacional, es bastante extensa; la raza negra paga el mayor tributo a esta enfermedad.

Las Zonas de mayor índice piánico en Colombia son las siguientes:

- 1.- El Litoral del Pacífico, el cual se extiende desde el río Mataje- límite con el Ecuador hasta el lugar llamado Punta Ardita, límite con Panamá y que tiene una extensión aproximada de 1.700 kilómetros.
- 2.- Todo el interior del Departamento del Chocó, principalmente el Río Atrato y San Juan con todos sus afluentes desde el sitio de la Veredita hasta su desembocadura en el Golfo de Urabá y que tiene una extensión aproximada también, de 600 kilómetros.
- 3.- Ambas vertientes del Golfo de Urabá, o sea territorios de los Departamentos de Antioquía y Chocó.
- 4.- El Litoral sobre el Caribe del Departamento de Córdoba correspondiente a la región de Broques y Punta de la Cruz e igualmente la región de Uró y al Sur de este Departamento.
- 5.- Las localidades de María La Baja y San Juan Nepomuceno, en el Departamento de Bolívar, y
- 6.- La parte del Río Magdalena por ambas márgenes- que con la ciudad de el Banco como centro aproximado incluye regiones de los Departamentos de Bolívar y Magdalena, especialmente las poblaciones vecinas a las ciénagas de Chilloa y Zapatoza.

EPIDEMIOLOGIA

Esta enfermedad no excluye ninguna raza, pero se observa con más frecuencia en la raza negra.

on la infancia; algunos autores consideran que ataca más a las mujeres que a los hombres y otros creen que son los hombres los más afectados.

El Doctor López Narváez dice que "La posibilidad del contagio es exactamente la misma para ambos sexos."

La enfermedad se presenta generalmente bajo la forma endémica y predomina en las regiones calientes y húmedas, con mucha lluvia y vegetación abundante.

Es una enfermedad íntimamente vinculada con la falta de higiene personal y doméstica. Los primeros casos de Pian en Colombia aparecieron entre los negros esclavos del Africa para labores de las minas.

Los papilomas múltiples del período secundario muy raras veces se encuentran sobre los párpados y el contorno orbital, lo cual no deja de extrañar por cuanto son cardúnculos lacrimales y las comisuras palpebrales los sitios de predilección del Híppelapies pallipes, mosca que según Kumm juega gran papel en la transmisión de la enfermedad.

No hay lesiones viscerales, circulatorias ni nerviosas.

Reumatismo piánico es un nombre muy generalizado entre los habitantes de toda la Costa y en él comprende no solamente los dolores articulares que con intensidad más o menos variable se presentan con los bruscos cambios de temperatura (y en los "cambios de luna" dicen ellos) sino también las horripilantes deformaciones que en todas partes del cuerpo puede dejar el Pian como última secuela.

SEROLOGIA .- Con gran rapidez no hace positiva. Las reacciones son siempre negativas en el líquido cefalorraquídeo.

INMUNIDAD .- El Pian concede inmunidad. En el hombre lo mismo que en los animales, se ha demostrado por inoculación experimental que un ataque de Pian frecuentemente confiere protección contra un segundo ataque. La inmunidad a cepas heterólogas de la espiroqueta del Pian se desarrolla lentamente durante el curso de la infección natural y parece desarrollarse más lentamente que en la sífilis. Durante los primeros tres años la reinoculación tiene probabilidades de despertar un ataque modificado de Pian, pero después de diez años la mayoría de las personas que han padecido del Pian se hacen refractorias a la reinoculación.

DIAGNOSTICO .- El diagnóstico clínico de la enfermedad no es difícil, pues la noción epidemiológica es definitiva y pone al abrigo de la absoluta mayoría de los riesgos de error. Por otra parte, la identificación de las lesiones es relativamente sencilla. El diagnóstico de las lesiones terciarias del Pian como la Gangosa y la perforación del Paladar, con casos de Leishmaniasis cutánea y Blastomycosis, sólo vendría a poder hacerlo con absoluta seguridad el Laboratorio mediante la identificación de los respectivos organismos causales. La prueba terapéutica es de valor definitivo en este caso.

A pesar de que el germen causal de la Sífilis es prácticamente idéntico al del Pian y la gran similitud de las lesiones y su evolución, no obstante de tener reacciones serológicas positivas ambas enfermedades, sin embargo, existen diferencias claras como son :

SÍFILIS

PIAN

La lesión primaria (Chancro) es -

La lesión primaria (Daba macdo) es -

SÍFILIS

Hay sífilis congénita (Triada de -
Hutchinson).

Hay sífilis nerviosa.

Frecuentemente el Wassermann es posi-
tivo en el líquido cefalo-raquídeo .

La sífilis es " la gran abortadora " .

PIAN

No hay Pian congénito no se observan
esta Triada ni ninguno de sus elemen-
tos aislados.

No hay Pian visceral.
No hay Pian nervioso.

El Wassermann en el líquido cefalo-
raquídeo es negativo.

El Pian no es causa de aborto.

Tumaco, Julio 13-71

AJDP/ mco.



MINISTERIO DE SALUD

DECRETO NUMERO 06387 DE 19

18 MAYO 1984

Por la cual se adopta el Modelo Normativo para el Control y Vigilancia Epidemiológica para la Erradicación del Pian en Colombia.

EL MINISTRO DE SALUD

en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

Que la Campaña de Erradicación del Pian iniciada en 1950, se encuentra en su última fase y evaluada la información registrada desde 1975 a través del SIS-12 Código 102, se estableció su falta de confiabilidad al carecer tanto de un correcto análisis de laboratorio o investigación epidemiológica, como de la participación de los recursos institucionales y humano que debe conllevar cada caso de pian, que se presente en el país,

Que se hace por consiguiente necesario para el logro de la erradicación del Pian en todo el país, la implantación de normas que aseguren un eficiente control y una estricta vigilancia epidemiológica de éste, dentro del cual participen la totalidad de los organismos del Sistema Nacional de Salud.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Adoptar el Modelo Normativo de Control y Vigilancia Epidemiológica para la Erradicación del Pian en Colombia a través de los organismos de dirección ejecutores adscritos y vinculados del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles, como norma de obligatorio cumplimiento.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los organismos anteriores deberán cumplir estrictamente las normas contempladas en el manual y dar a conocer éste al personal médico y paramédico vigilado o no a ojos.

ARTÍCULO TERCERO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, a

18 MAYO 1984

