CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA 15 DE 2015

(mayo 4)

Diario Oficial No. 49.503 de 6 de mayo de 2015

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Bogotá, D. C.

Para:	Gobernadores, alcaldes, secretarios de salud departamentales, distritales y municipales, directores de salud departamental, coordinadores de vigilancia en salud pública, entidades administradoras de planes de beneficios, entidades responsables de regímenes especiales y de excepción, instituciones prestadoras de servicios de salud y puntos de entrada internacionales.
De:	Ministro de Salud y Protección Social, Director General del Instituto Nacional de Salud.
Asunto:	Intensificación de las acciones en salud pública para la identificación de casos importados de sarampión y rubéola.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitió el pasado 9 de febrero de 2015 una alerta epidemiológica respecto de los brotes de Sarampión ocurridos en Brasil, Canadá, Estados Unidos, y recientemente México, asimismo sus implicaciones para la Región, donde se alcanzó la interrupción de la transmisión endémica del Sarampión en el año 2002.

La Región de las Américas registró entre los años 2003 y 2014 un total de 5077 casos de Sarampión asociados a importación. Para los años 2011 y 2014, ocuparon los primeros lugares de casos notificados en este periodo de tiempo[1]. Hasta la semana epidemiológica 06 de 2015, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reportó en el boletín semanal un total de 201 casos confirmados de Sarampión para la Región, de los cuales 32 casos son procedentes de Brasil, 1 caso de México, 27 casos de Canadá y 141 de Estados Unidos.

Los 32 casos confirmados de Brasil se han clasificado con fuente de infección desconocida. El caso de México corresponde a un caso importado asociado al brote de Estados Unidos. En Canadá 2 casos se clasificaron como importados, 12 como, asociados a la importación y 13 con fuente de infección desconocida. El total de casos reportados en los Estados Unidos han sido clasificados con fuente de infección desconocida[2].

En Estados Unidos, país que actualmente reporta el mayor número de casos, se presenta un brote que inició en el Estado de California, en diciembre de 2014, diseminándose a catorce Estados de ese país y a México. Los casos iniciales están relacionados con visitas a los Parques temáticos de Disneyland en el condado de Orange, California, entre el 28 de diciembre de 2014 y el 29 de enero de 2015. Hasta la fecha, no se ha identificado el caso índice del brote. Sin embargo, es factible que se trate de un viajero (o más de uno) extranjero que estaba infectado con Sarampión y que visitó durante el periodo infeccioso uno o varios de estos parques en diciembre de 2014[3].

En Canadá se han reportado 2 brotes de Sarampión no relacionados. El primer brote correspondiente a 8 casos confirmados notificados en el Estado de Quebec y relacionados con el

brote del Estado de California, y un segundo brote notificado en la ciudad de Toronto con 4 casos confirmados.

Entre los años 2013 y 2015, en Brasil se han identificado un total de 951 casos confirmados de Sarampión en el Distrito Federal y 9 Estados: Ceará, Espíritu Santo, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Río de Janeiro, Sao Paulo, Santa Catarina y Roraima. El Estado de Pernambuco es uno de los que registra el mayor número de casos en este país detectándose la circulación del virus del Sarampión en el mes de marzo de 2013, afectando en su mayoría a los niños menores de un (1) año de edad.

En Ceará, el segundo Estado con el mayor número de casos, la detección de circulación de Sarampión ocurrió en el mes de diciembre, siendo los niños menores de cinco (5) años, los más afectados.

Ahora bien, en Colombia el último gran brote de sarampión se presentó en el año 2002 con la confirmación de 139 casos y la identificación del genotipo 09, el cual se encontraba en circulación en Venezuela desde noviembre de 2001. El brote de Sarampión presentado en Barranquilla en 2011 tuvo un caso primario con antecedente reciente de viaje a Brasil, se confirmaron 6 casos y se identificó un genotipo D4 que circuló en Europa durante los años 2010 y 2011. Entre 2012 y 2013, se confirmaron 2 casos de Sarampión importados, el primero en enero de 2012 en un adulto procedente de España en el cual se identificó un genotipo 04 y en Abril de 2013 una mujer adulta procedente de Alemania con nexo epidemiológico de 2 casos en la ciudad de Berlín, en el cual no se logró establecer el genotipo. Vale mencionar además que en el año 2014, el país fue certificado como un país libre de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita[4].

De igual manera, las coberturas de vacunación con Triple Viral en población de un (1) año de edad durante los tres (3) años han presentado porcentajes superiores al 90%[5].

Bajo el contexto anterior y las recomendaciones emitidas por la Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de fortalecer las actividades de vigilancia y las medidas para proteger los residentes del país y mantener la certificación de la eliminación del Sarampión y Rubéola, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud imparten las siguientes instrucciones de obligatorio cumplimiento a nivel nacional, así:

1. ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA.

1.1. Difundir y dar cumplimiento a lo dispuesto en el Protocolo de Vigilancia y Control de Vigilancia integrada de Sarampión – Rubéola, establecido por el Instituto Nacional de Salud y disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de- accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Sarampion%20Rubeola.pdf

1.2. Notificar de manera inmediata el (los) casos sospechosos, en cada uno de los niveles del Sistema de Vigilancia, de acuerdo con el flujo de información establecido por el Sivigila e iniciar las acciones de estudio del caso respectivo.

1.3. Notificar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace (CNE), todo caso confirmado o casos sospechosos que requieran el desarrollo de acciones de salud pública con otros países al correo cne@minsalud.gov.co vigilanciamps@gmail.com

1.4. Realizar búsqueda activa institucional y comunitaria ante la presencia de un caso altamente sospechoso o confirmado de Sarampión – Rubéola.

1.5. Las Entidades Territoriales deben cumplir con los indicadores para la vigilancia integrada del evento:

1.5.1. Proporción de notificación de casos sospechosos de Sarampión - Rubéola. Meta >2 casos por cada 100.000 habitantes.

1.5.2. Porcentaje de casos de Sarampión–Rubéola con investigación de campo oportuna. Meta 80% de cumplimiento.

1.5.3. Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada. Meta 80% de cumplimiento.

1.5.4. Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco (5) días luego de su recolección. Meta 80% de cumplimiento.

1.5.5. Porcentaje de muestras de suero procesadas en los primeros cuatro (4) días luego de su recepción en el laboratorio de salud pública. Meta 80% de cumplimiento.

1.5.6. Porcentaje de casos con investigación adecuada: ficha completa, monitoreo de coberturas, búsqueda activa y seguimiento de contactos. Meta 80% de cumplimiento.

1.6. Realizar seguimiento de contactos hasta el día 30 en casos sospechosos de Sarampión y Rubéola con el fin de verificar la aparición de nuevos casos.

Todo contacto con aparición del exantema inferior a 14 días considerado como cercano y que tuvo contacto con el caso durante el periodo infeccioso debe ser aislado independientemente de su estado vacunal.

2. ACCIONES DE VIGILANCIA POR LABORATORIO.

2.1. Difusión y capacitación inmediata a los profesionales de la red de laboratorios clínicos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del respectivo departamento o distrito, sobre la toma, transporte, refrigeración y tiempo de envío de las muestras de suero, orina e hisopado nasofaríngeo a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública con capacidad diagnóstica o al Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud. Es importante anotar que a nivel nacional los laboratorios clínicos de las IPS o habilitados como IPS NO CUENTAN con capacidad diagnóstica para Sarampión – Rubéola.

2.2. En aquellos casos con antecedente de viaje a los países de las Américas con reportes de circulación viral de Sarampión en quienes inicialmente se sospeche dengue o chikunguña, deben ser notificados como casos sospechosos de Sarampión–Rubéola y se debe tomar muestra para estas enfermedades.

2.3. Asegurar la distribución de los insumos de los medios de transporte viral en las IPS, según la demanda.

2.4. Aquellos laboratorios de Salud Pública que disponen de esta prueba diagnóstica deben garantizar la entrega de los resultados de laboratorio en el tiempo establecido para este diagnóstico.

3. ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES.

3.1. Monitorear el cumplimiento de la cobertura de vacunación del 95% en todos los biológicos, especialmente en el biológico triple viral (SRP), en todos los niveles del país: departamental/distrital/municipal en niños entre un (1) año y cinco (5) años de edad.

3.2. Ante la ocurrencia de un caso sospechoso de Sarampión–Rubéola, se debe realizar el monitoreo rápido de coberturas de vacunación de triple viral (SRP) en un radio de cinco (5) manzanas incluida la del caso; o más áreas geográficas según el análisis del caso. Se debe garantizar la vacunación a todos los niños susceptibles de un (1) año de edad en adelante y hasta los cinco (5) años y veintinueve (29) días, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Como recomendación, todo viajero al exterior (en especial a países con brotes activos) de un año o más de edad, debe contar con antecedente vacunal de la vacuna Triple Viral (SRP) o bivalente (Sarampión – Rubéola). Para ello, se recomienda a la población en general verificar el antecedente de vacunación, en donde el PAI mediante Jornadas de vacunación ha fortalecido este proceso en el territorio nacional:

3.2.1. Durante el 2005 a 2006 se vacunaron personas entre 14-49 años.

3.2.2. Durante el 2008 a 2010 se vacunaron niños entre 1 a 8 años.

3.2.3. Durante el 2011 a 2012 se vacunaron jóvenes entre 10 a 20 años.

3.2.4. En jornadas específicas para la preparación a eventos masivos:

3.2.4.1. Mundial de Fútbol Sub-20 (2011).

3.2.4.2. Mundial World Games Cali (2013).

3.2.4.3. Mundial de Fútbol FIFA Brasil 2014, entre otros.

3.1. La vacunación se debe realizar como mínimo tres (3) semanas antes de viajar a las áreas donde se ha documentado la transmisión de Sarampión.

3.3. No se debe vacunar a niños menores de seis (6) meses.

3.4. Para el segundo semestre de 2015, las entidades territoriales deben realizar la jornada de vacunación de mantenimiento contra el virus del Sarampión y la Rubéola, cuyo objeto poblacional son los niños de uno (1), dos (2) y tres (3) años de edad, asegurando que cuenten con su primera dosis de TV.

3.5. Se recomienda a las personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuertos, taxis y otros), personal médico o paramédico, trabajadores de laboratorios, que porten su carné de vacunación con SR o SRP. Si no lo tienen, deben realizarse pruebas de laboratorio para detección de anticuerpos IgG contra Sarampión y Rubéola, para determinar si tienen anticuerpos de protección contra estos virus o si son susceptibles o no a estas enfermedades.

En caso de ser negativos los resultados de IgG, estas personas deben ser vacunadas con vacuna bivalente – SR. La excepción a esta recomendación, será para quienes no puedan vacunarse por indicaciones médicas.

4. ACCIONES DE INFORMACIÓN – EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

4.1. Realizar de manera inmediata y permanente, actividades de información, educación y comunicación, con el propósito de que la comunidad en general y los viajeros internacionales conozcan los síntomas de Sarampión–Rubéola, reconozca y busque atención médica rápidamente.

4.2. Difundir en todos los niveles las medidas y recomendaciones impartidas en la presente circular.

Publíquese y cúmplase.

4 de mayo de 2015.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE,

El Director General (e) del Instituto Nacional de Salud,

MANCEL ENRIQUE MARTÍNEZ DURÁN.

* * *

1. Alerta Epidemiológica. Brotes de Sarampión, implicaciones para las Américas. 9 de febrero de 2015. Organización Panamericana de la Salud. Publicado en: http://www.paho.org/hg/index.php?option=com docman&task=doc view&ltemid=270&gid=29018&lang=es

2. Boletín Semanal de Sarampión – Rubéola. Vo1.21. número 6. Organización Panamericana de la Salud. Publicado en: http://www.paho.org/hg/index.php?option=comtopics&view=rdmore&cid=7493&ltemid=40899& lang=es

3. Comunicación Organización Panamericana de la Salud Representación - Colombia al Ministerio de Salud y Protección Social COL/FGL/90.4 (0279-15).

4. Informe del Evento de Vigilancia Integrada de Sarampión y Rubéola hasta el periodo epidemiológico XIII de 2014.

Instituto Nacional de Salud. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/SARAMPION-RUBEOLA%20Periodo%201%202015-pdf

5. Coberturas de vacunación departamentales 1994-2014. Disponible en:

http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/R/VS/PP/PAI/Coberturas-vacunacion-departamental-1994-2014.zip

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores
ISSN 2256-1633
Última actualización: 30 de septiembre de 2024 - (Diario Oficial No. 52.869 - 4 de septiembre de 2024)

El futuro es de todos

Cancillería de Colombia