



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

INFORME SEGUNDO TRIMESTRE SARAMPIÓN RUBÉOLA. ANTIOQUIA 2022

Responsable: Gerencia de Salud Colectiva – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquía.

1. INTRODUCCIÓN

La inmunización es una historia de éxito para la salud y el desarrollo mundial, ya que salva millones de vidas cada año. Entre 2010 y 2018, solo con la vacuna contra el sarampión se evitaron 23 millones de muertes.

La Agenda de Inmunización 2030 (AI2030) establece una visión y una estrategia mundial, ambiciosa y global para las vacunas y la inmunización durante el decenio 2021-2030, la cual se basa en las enseñanzas extraídas, reconoce los problemas persistentes e inéditos que plantean las enfermedades infecciosas y aprovecha las nuevas oportunidades para afrontarlos. (OMS, 2020)

Del 23 al 30 de abril del 2022, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con los países y territorios de la Región de las Américas y sus asociados, celebrará la 20.^a Semana de Vacunación en las Américas (SVA) y la 11.^a Semana Mundial de la Inmunización. El eslogan diseñado para esta campaña es una llamada de acción a la población en general: "¿Estás protegido? #PonteTodasTusVacunas #SVA20". (OPS, 2022)

En Colombia, uno de los objetivos principales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es la vacunación de rutina de toda la población objetivo, alcanzando coberturas iguales o superiores al 95% en todos los departamentos, distritos y municipios. Las vacunas en general ayudan a combatir enfermedades haciendo posible su control, eliminación y posible erradicación.

La vacunación y la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles son capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), ya que ayudan a lograr unos sistemas de salud resilientes y sostenibles, capaces de responder a brotes de enfermedades infecciosas, riesgos para la salud pública y emergencias.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

El virus del sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae, el cual es importante conocer que se transmite de persona a persona por vía respiratoria y el ser humano es el único huésped natural del virus, es altamente contagioso, pues la transmisibilidad se da 4 días antes y 4 después del inicio del exantema y persiste en el ambiente hasta 2 horas.

Este virus se caracteriza por malestar general con fiebre alta, tos y flujo nasal. La fiebre asciende en forma escalonada por 2-4 días, momento en el cual aparece una erupción maculopapular. Suele estar acompañado por conjuntivitis, coriza y bronquitis. En todo el periodo febril se presenta tos seca, sin esputo, que dura de 1 a 2 semanas si no hay complicaciones. Este es el último síntoma en desaparecer. Es rara la ocurrencia del sarampión en ausencia de tos. Importante conocer que los niños mayores pueden quejarse de fotofobia y artralgias. Los casos de sarampión en bebés parcialmente protegidos por los anticuerpos maternos, o en personas vacunadas durante el periodo de incubación, pueden ser leves y difíciles de reconocer clínicamente. Las manchas de Koplik, constituyen un exantema de puntos blancos levemente abultados de 2 a 3 mm de diámetro en una base eritematosa en la mucosa bucal. Son patognomónicas de la enfermedad, pero son difíciles de observar, porque aparecen por un corto periodo de tiempo, de 1 a 2 días antes del inicio del exantema.

La manifestación principal del sarampión son pápulas confluyentes (exantema máculo-papular), que se presenta dentro de los 2 a 4 días siguientes al inicio de los síntomas prodrómicos. Al principio, aparecen en el cuello y la cara y sigue una distribución cefalocaudal hacia el tronco y extremidades. En los niños de piel oscura, suele no notarse tanto, por lo que el tacto suele ser una forma importante de identificar la erupción. La erupción, llega a su máximo 2 o 3 días después del comienzo y se concentra principalmente en el tronco y las extremidades superiores.

La erupción dura de 3 a 7 días y suele terminar con una descamación, que se manifiesta como un polvo fino y blanquecino en los lugares donde hubo erupción. Esta descamación, es fácil de identificar incluso en personas de piel morena.

El virus de la Rubéola pertenece al género Rubivirus, familia Togaviridae, el cual se transmite por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas y por partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados. La transmisibilidad se da semana antes y por lo menos 4 días después de aparecer el rash, incluso hasta 14 días; de 25 % a 50 % de las infecciones son asintomáticas.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Suele ser una enfermedad benigna y muchas veces subnotificada. Su importancia epidemiológica está representada por la posibilidad de ocurrencia del síndrome de rubéola congénita (SRC), que afecta al feto o al recién nacido cuyas madres se infectan por el virus de la rubéola durante la gestación. La rubéola, es una enfermedad viral febril, que se caracteriza por una erupción máculo papular difusa. El exantema, presenta una distribución que se inicia en la cabeza, ya sea en la cara, cuero cabelludo o cuello, para luego seguir al resto del cuerpo, coincidiendo generalmente con el inicio de la fiebre. Otra característica importante de la enfermedad, es la presencia de linfadenopatías, principalmente retroauricular, cervical y occipital; estas adenopatías, suelen aparecer entre 5 y 10 días antes del exantema. Puede presentarse en forma subclínica, en un 30% a 50% de los casos. La manifestación principal de la rubéola, es la erupción cutánea máculo-papular, de distribución cefalocaudal y duración de 5 a 10 días siendo el principal diagnóstico diferencial del sarampión.

Otros diagnósticos diferenciales para ambas enfermedades, lo constituyen: el dengue, el eritema infeccioso, el exantema súbito o roséola, la escarlatina, la meningococemia, la leptospirosis, el síndrome ganglionar mucocutáneo (enfermedad de Kawasaki), las erupciones medicamentosas, la mononucleosis infecciosa, el síndrome de piel escaldada estafilocócica, el síndrome de choque tóxico estafilocócico, las rickettsiosis y las infecciones por enterovirus, entre otras. En la rubéola, las manifestaciones hemorrágicas son raras. La artralgia y con menor frecuencia la artritis, son complicaciones especialmente de las mujeres adultas.

Aproximadamente el 30% de los casos de sarampión, presentan una o más complicaciones, tales como otitis media, neumonía, diarrea, y encefalitis, éstas son más comunes entre los niños menores de un año. Con relación a la rubéola, la principal complicación es el síndrome de rubéola congénita (SRC) que se describe por aparte.

En cuanto a la inmunización, se emplean en la mayoría de los países las vacunas de virus vivos del sarampión hiperatenuadas, que en general se derivan de la cepa original de Edmonston. La vacuna de la cepa Moraten se usa principalmente en los Estados Unidos, mientras que en muchos otros países la cepa que más se emplea es la Schwartz. Puede usarse cualquier vacuna que contenga títulos estándar de virus vivos del sarampión. Se prefiere la vacuna combinada contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (vacuna triple viral o SRP) para garantizar la inmunidad contra los tres virus.





El uso de la vacuna triple viral en las campañas de vacunación antisarampionosa disminuirá la circulación de la rubéola y la parotiditis entre los niños y reducirá la incidencia del síndrome de rubéola congénita (SRC).

En Colombia, la vacunación con triple viral se realiza al año de vida y con un refuerzo a los cinco años de edad con el objetivo de captar niños susceptibles que no recibieron la primera dosis o que no respondieron a la vacuna. En los casos donde no se logren las coberturas de vacunación esperadas, será necesario realizar campañas de vacunación de seguimiento de escolares para lograr la meta de eliminación y la reducción de susceptibles. Actualmente, se está trabajando en la campaña de vacunación de alta calidad de Sarampión 2021 – 2022 para niños nacidos en los años 2010 al 2019 que tienen 2 a 11 años de edad, de manera gratuita y oportuna.

1.1. Comportamiento del evento en el mundo.

Durante el año 2000 al 2018, el número de casos de sarampión reportados en todo el mundo disminuyó 59%, de 853479 en 2000 a 353 236 en 2018, la incidencia anual de sarampión disminuyó 66%, de 145 a 49 casos por millón de habitantes y las muertes estimadas disminuyeron 73% de 535600 a 142300 por año. El panorama cambió en 2019. Datos provisionales de la OMS indican que durante 2019 se notificaron más casos de sarampión en todo el mundo que cualquier año desde 2016 (500000 casos confirmados en más de 180 países), eclipsando los 353236 casos confirmados de sarampión reportados a la OMS en 2018. En cuanto a los linajes que circularon en los países de Europa desde 2006 hasta 2013, de acuerdo a los datos de secuencia de VS depositados en la base MeaNS, se calculó el período de circulación para cada variante a nivel de país y para toda la región. De este modo, se sabe que las variantes de MV "D5-Okinawa" "D4-Hamburg", "D4-Manchester" y "D8-Frankfurt-Main" se difundieron ampliamente en Europa continental causando brotes grandes y duraderos con propagación secundaria que dieron lugar a brotes adicionales. Brotes en todo el país (epidemias) con miles de casos de sarampión se produjeron en cuatro países: Suiza, Francia, Bulgaria y Rumania y se caracterizaron por la detección continua de la misma variante de VS durante más de 12 meses, lo que sugiere una transmisión endémica.

El período de circulación de los cuatro linajes varió de 18 a 44 meses. Este tipo de transmisión de larga duración que afecta a individuos predominantemente no vacunados en diferentes grupos de difícil acceso y en la población general no es compatible con el objetivo de eliminación del sarampión.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En la actualidad países europeos, asiáticos y africanos están teniendo brotes de sarampión considerables. Los brotes actuales afectan Etiopía, Filipinas, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Madagascar, Myanmar, República Democrática del Congo, Sudán, Tailandia y Ucrania, causando muchas muertes, sobre todo en niños pequeños. De este modo, Francia padece de un brote que comenzó en Nueva Aquitania en noviembre de 2017, Italia ha reportado 2517 casos de sarampión durante 2018 y en noviembre de este último se elevó un plan de vacunación que apunta a coberturar a 800000 niños hasta la edad de 16 años en 2019. Ucrania ha notificado 115000 infecciones y 41 muertes durante el 2019, desde que comenzó el último brote en 2017, siendo el país más afectado en la región europea. Esta situación es consecuencia de la caída en la cobertura de vacunación. Entre 2008 y 2016, el número de niños elegibles que fueron vacunados completamente contra el sarampión se redujo del 95% al 31%. Lo que representa la cobertura más baja en la Región Europea de la OMS y entre las más bajas del mundo.

Al 17 de noviembre de 2019, la República Democrática del Congo reportó 250270 casos sospechosos de sarampión con 5110 muertes relacionadas con el mismo. En Madagascar durante septiembre de 2018 y febrero de 2019, se reportaron 67422 casos, incluyendo 828 muertes, La mayoría (84%) de estas ocurridas en niños menores de nueve meses de edad. El genotipo circulante en el brote actual es el B3, frecuente en África y Europa, en Israel existen 3125 casos confirmados con dos muertes reportadas desde marzo de 2018 hasta enero de 2019. El 62% de los casos han ocurrido en el distrito de Jerusalén concentrados en las comunidades judías ultraortodoxas. A noviembre de 2019, los brotes de sarampión en curso más preocupantes se registran en Yemen con 5847 casos, Sudán, con 3659 casos, Somalia, con 2795 casos, Pakistán, con 1978 casos, Túnez, con 1367 casos e Iraq, con 1222 casos confirmados. Países como Japón, China y Taiwán, sufrieron brotes entre marzo y mayo del 2018 donde fue interesante observar que las cadenas de transmisión subsiguientes en poblaciones altamente vacunadas tanto en Japón como en China y Taiwán, así mismo el número de reproducción efectiva de la segunda generación detectado fue > 1 tanto para Japón como para China.

Durante el año 2016 al 2018, se detectaron seis de los 24 genotipos de sarampión reconocidos. El número de genotipos detectados disminuyó de seis (B3, D4, D5, D8, D9 y H1) en 2016 a cuatro (B3, D4, D8 y H1) en 2018. Los genotipos de virus aislados de casos de sarampión fueron reportados por 95 (73%) de los 131 países que reportaron al menos un caso de sarampión en 2018. Entre los 24 genotipos reconocidos de virus del sarampión, once se detectaron durante el año 2005 al 2008, ocho durante 2009 y 2014, seis en 2016, cinco en 2017 y cuatro en 2018,



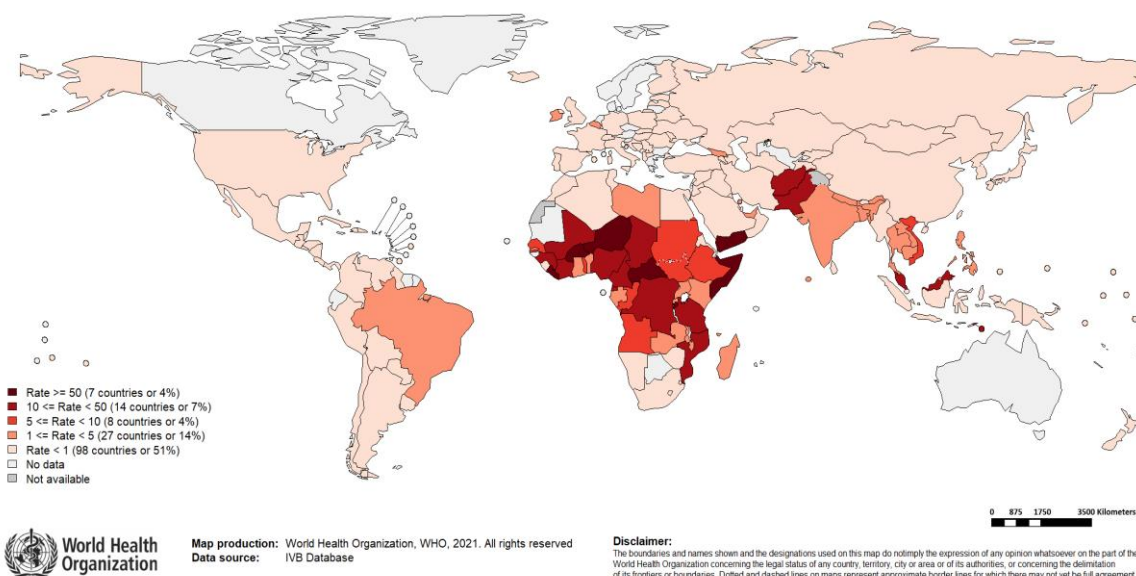


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

excluyendo las reacciones a la vacuna y los casos de panencefalitis esclerosante subaguda, una enfermedad neurológica progresiva mortal causada por una infección persistente por el virus del sarampión. En 2018, entre 7155 secuencias de virus de sarampión reportadas, 3011 (42%) fueron del genotipo B3; 20 (0,3%) fueron D4; 3 774 (53%) fueron D8; y 350 (5%) fueron H1. Los genotipos B3 y D8 representaron el 95 % de las secuencias informadas. (Aguilar-Gamboa, 2020)

Tasa global de incidencia de sarampión en los últimos 12 meses. OPS periodo 8, 2021.



Fuente: OPS. Boletín Semanal. Sarampión, Rubéola, y Síndrome de Rubéola Congénita. Vol. 27, No. 35

Según informe de la OPS, la mayor incidencia se concentra principalmente en países africanos, que se muestra en el top 10 con la mayor incidencia. En nuestro continente, la incidencia más alta está en Brasil.





1.2. Comportamiento del evento en Las Américas

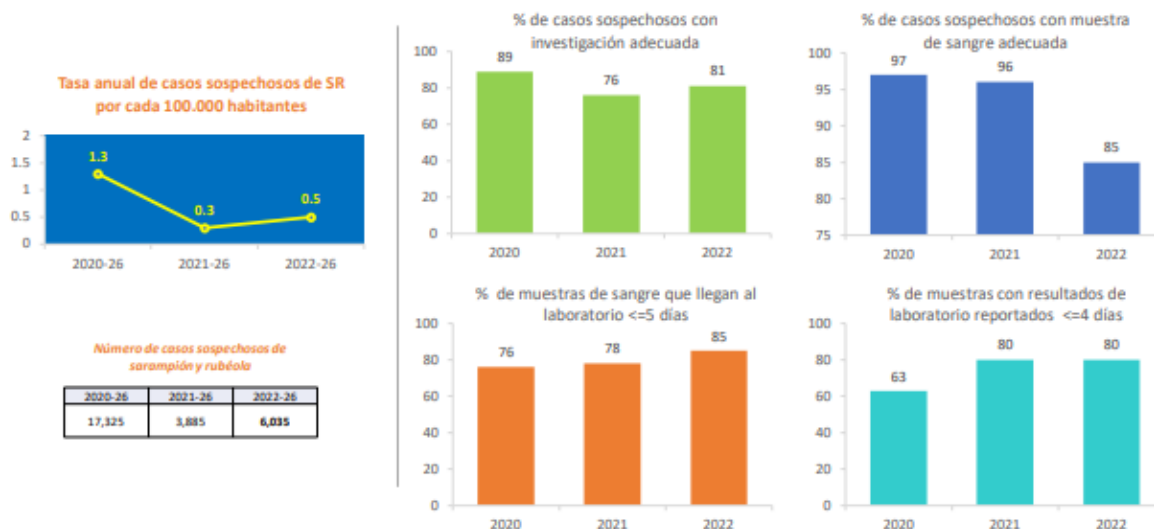
En 2015, la Región de las Américas fue la primera Región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ser declarada libre de la transmisión endémica del virus de la rubéola, por el Comité Internacional de Expertos (CIE) de

documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y el Síndrome de rubéola congénita en las Américas.

Sin embargo, los retos para mantener a la Región libre de rubéola, SRC y sarampión continúan, debido al riesgo permanente de importación y reintroducción del virus.

Según reportes de la OPS desde el 1 de enero de 2019 al 24 de enero de 2020 se notificaron 20.430 casos confirmados de sarampión, incluidas 19 defunciones, en 14 países y territorios de la Región. Desde la actualización epidemiológica de sarampión publicada el 13 de diciembre de 2019 y hasta el 24 de enero de 2020, hubo un incremento de 29% en el total de casos confirmados, dado que 14 países en las Américas notificaron un total de 6.541 casos confirmados de sarampión y rubéola, entre ellos Colombia (12 casos).

Indicadores de la vigilancia del sarampión/rubéola en América Latina y el Caribe, semana epidemiológica 1-26, 2020-2022.



Fuente: OPS. Boletín Semanal. Sarampión, Rubéola, y Síndrome de Rubéola Congénita. Vol. 28, No. 28.



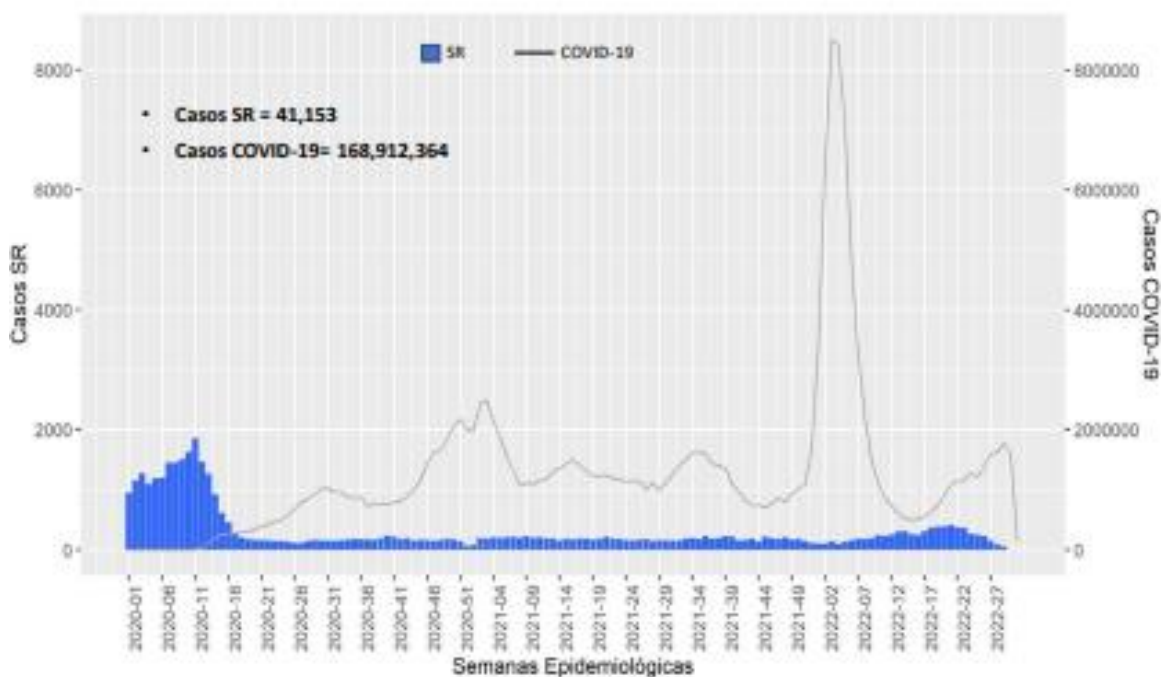


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Según indicadores emitidos por la OPS de casos notificados como sospechosos de Sarampión/Rubeola en América Latina y el Caribe, durante SE 1-26, entre los años 2020 y 2022, ha disminuido considerablemente la tasa de notificación durante el año 2022 a comparación con el año 2020, al igual que el porcentaje de casos sospechosos con muestra de sangre adecuada, pues en el 2020 este porcentaje equivale al 97% mientras que, para la misma fecha del 2022, este porcentaje equivale al 85%.

Notificaciones casos sospechosos Sarampión/Rubeola a SE 30 de 2022. OMS/OPS.



Fuente: OPS. Boletín Semanal. Sarampión, Rubéola, y Síndrome de Rubéola Congénita. Vol. 28, No. 29

Según reporte de la OMS/OPS, la pandemia COVID-19 impactó negativamente la notificación de casos sospechosos de este evento en las Américas desde el 2020 hasta la fecha, dado que, en el 2021, el promedio anual de casos ($n=6.8$) se redujo en un 61% en comparación con el 2020 (18.4). Hasta la semana epidemiológica 29 del 2022, el promedio de casos es 8.4, reflejando un incremento del 49% en el número de casos sospechosos notificados en comparación con el 2021. Sin embargo, esta cifra aún sigue por debajo de los niveles observados durante el aumento regional del 2019.





1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En agosto de 2011 se confirmó el último brote de sarampión en el país con seis casos, en la ciudad de Barranquilla, producto de un caso importado de Brasil. Entre 2012 y 2015 fueron confirmados 3 casos importados de Europa, en un caso se identificó el genotipo D4 y en otro caso se identificó el genotipo B3; en un caso no se pudo identificar el genotipo. Entre 2016 y 2017 no se reportaron casos confirmados en Colombia. En 2018, Colombia emitió la circular 006 de 2018 con instrucciones permanentes para prevención, atención, vigilancia y control de sarampión en el país ante la posible aparición de un caso importado teniendo en cuenta la situación de brote en Venezuela, así como la situación de este evento en distintas regiones del mundo, en especial en Europa. Durante el 2018 fueron notificados 7190 casos sospechosos, de los cuales, el 3% (n=208) fueron confirmados: el 93,9 % por laboratorio, el 1 % por unidad de análisis⁷.

En enero de 2014, una comisión internacional de expertos encabezada por Merceline Dhal-Regis certificó a Colombia como país libre de la circulación autóctona del virus de sarampión y rubéola. No obstante, la alta movilidad poblacional, propiciada por el comercio, la industria, el turismo y las migraciones, aumenta el riesgo de diseminación de estas enfermedades y el 22 de enero de 2022, El Ministerio de Salud y Protección Social, emite un boletín de prensa informando que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recertificaron a Colombia como país libre de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita tras un arduo e intenso trabajo con los entes territoriales en todo el país.

A periodo epidemiológico VI, en el país se han notificado 508 casos sospechosos, de los cuales no se ha confirmado ningún caso, se han descartado 449 y en estudio 59, donde se evidencia una disminución en la notificación del 1% comparado con el año 2020 y una disminución del 18% con el 2021.

El Porcentaje de casos de Sarampión Rubeola con investigación de campo en las primeras 48 horas de la notificación observado a nivel nacional es de 88,1%; el porcentaje de casos con muestra de suero tomadas en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción, es del 90,7%; la proporción de muestras recibidas en el laboratorio que procesa en los primeros 5 días luego de la recolección es del 89,2% y la proporción de muestras procesadas en el laboratorio en los primeros 4 días luego de la recepción es del 88, 1%. Para mantener la certificación se debe fortalecer la vigilancia activa del evento, mantener una alta inmunidad en la población a través de la vacunación monitorear el cumplimiento de los indicadores de vigilancia.





2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Describir en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas el comportamiento de los eventos inmunoprevenibles Sarampión/Rubeola en el Departamento de Antioquia durante el segundo trimestre del año 2022.

2.2. Objetivos específicos:

- Aportar información oportuna y confiable, útil para la certificación de la eliminación de Sarampión/Rubeola.
- Dar a conocer el comportamiento de Sarampión/Rubeola en Antioquia, para facilitar la verificación del cumplimiento de indicadores internacionales referentes al evento.
- Analizar sistemáticamente el comportamiento del evento en Antioquia para a segundo trimestre del año 2022, como apoyo para la toma de decisiones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Este informe es de tipo descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento de la notificación realizada al SIVIGILA desde el 01 de enero al 30 de junio del año 2022 (a semana epidemiológica 26), junto con la información de resultados del Laboratorio Departamental de Salud Pública, con el fin de describir el comportamiento de la notificación de los eventos de inmunoprevenibles priorizados por el INS para la realización del informe; se realizó un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación tanto datos básicos como complementarios, adicional se muestran los indicadores de la vigilancia que monitorean el comportamiento de estos eventos a nivel departamental.



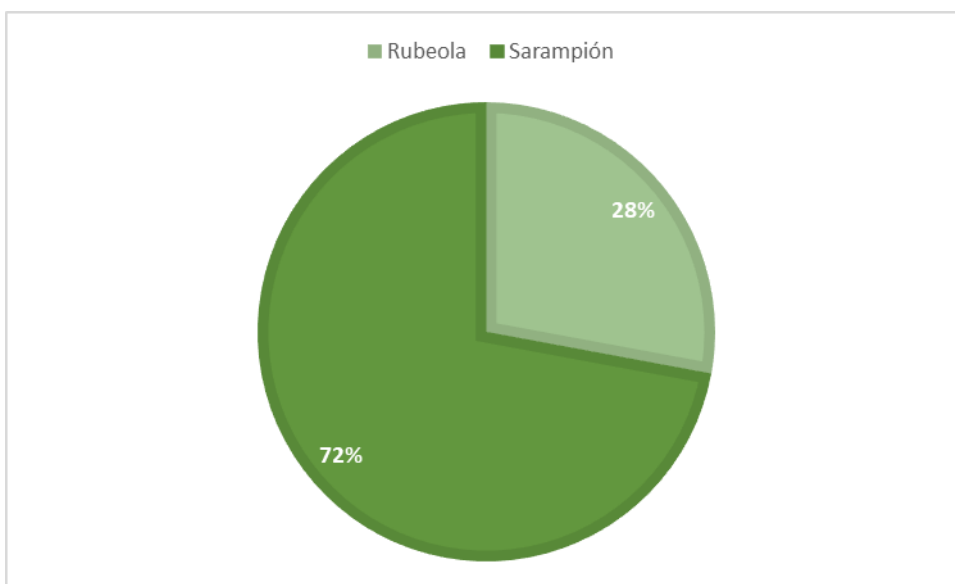


4. HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación de sarampión-rubeola:

En el departamento de Antioquia a segundo trimestre de 2022, se notificaron 43 casos sospechosos de Sarampión/Rubeola, de los cuales el 72% corresponde a Sarampión.

Figura 1. Distribución porcentual de Sarampión/Rubeola, según tipo de evento. Antioquia, 2° trimestre, 2022.



Fuente: Sivigila, 2022.

4.2 Magnitud en lugar y persona:

Se presentó notificación de 4 subregiones del Departamento, la subregión que mayor número de notificaciones es Valle de Aburrá con un 86%, por los municipios de Medellín, Itagüí, Envigado, Caldas y Bello, con mayor proporción para el municipio de Medellín, el cual aportó el 72% (n=31 casos). seguida de la subregión del Suroeste con un 6% por los municipios de Pueblorrico, La Pintada y Salgar. Continúa Oriente con el 5% con el municipio de Marinilla, finalizando con Urabá con el 2% con los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo.

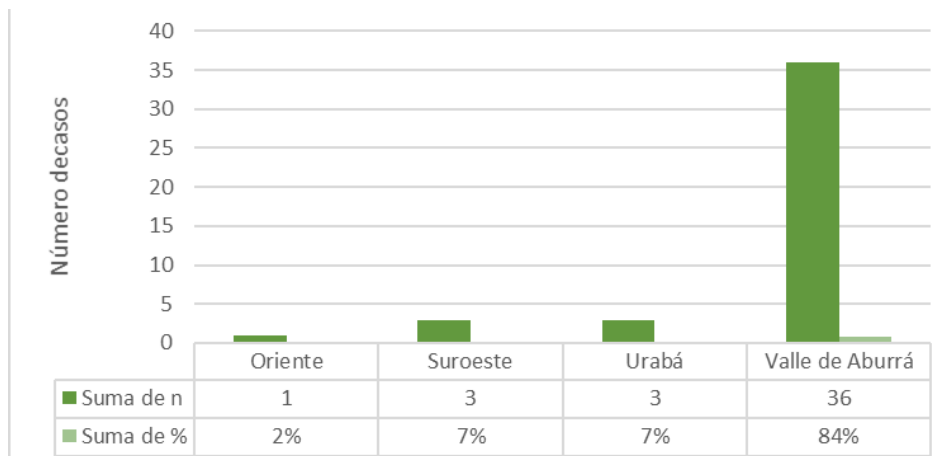




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

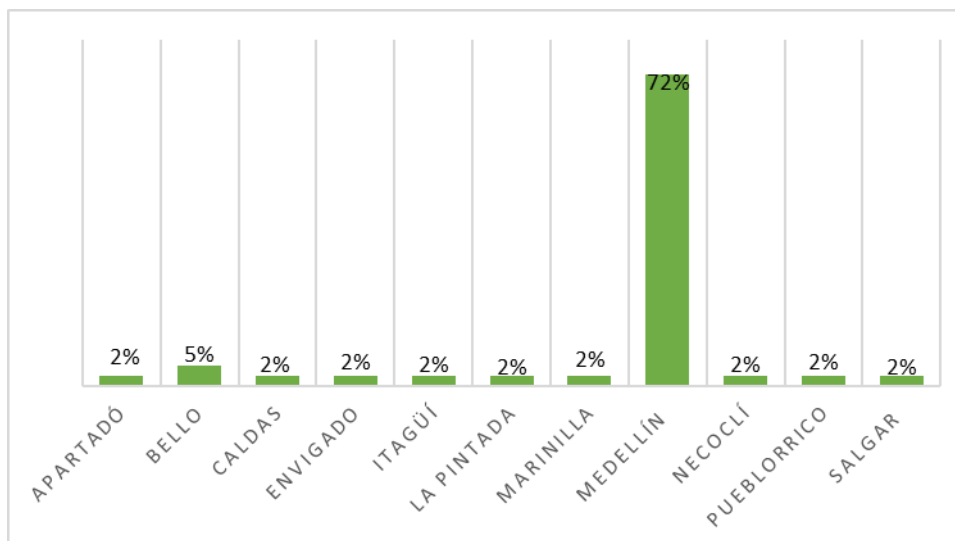
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Figura 2. Distribución porcentual de los casos de SR, por subregión de procedencia. Antioquia 2° trimestre, 2022.



Fuente: Sivigila, 2022.

Figura 3. Distribución porcentual de los casos de SR, según municipio de procedencia. Antioquia 2° trimestre, 2022



Fuente: Sivigila, 2022.

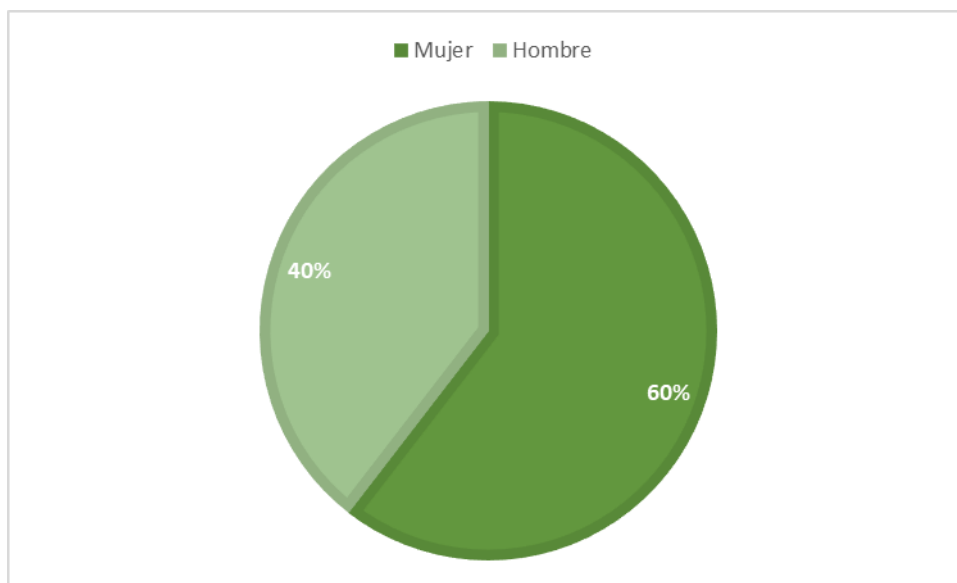




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Distribución de la notificación por grupo de edad y sexo: en el segundo trimestre del año 2022, para los eventos notificados de Sarampión/Rubeola, se observa que la mayoría de ellos (60%) se presentó en mujeres y el restante (40%) en hombres.

Figura 4. Distribución porcentual de los casos de SR, según sexo. Antioquia 2° trimestre, 2022.



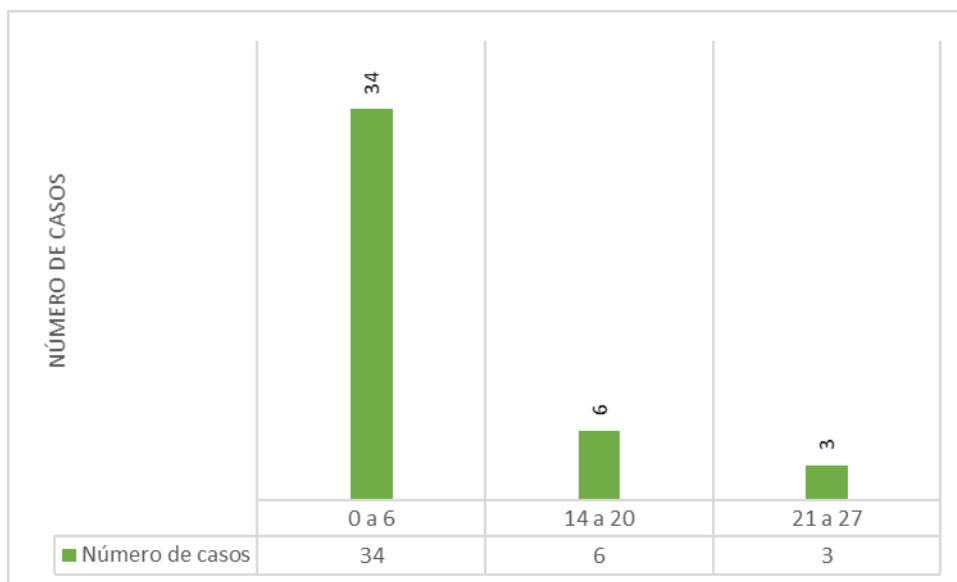
Fuente: Sivigila, 2022.

De los 43 casos sospechosos notificados, 34 casos (79%) corresponden a menores de 6 años, 6 casos (14%) al grupo de edad de 14 a 20 años corresponde 6 casos (14%) y la edad comprendida entre 21 a 27 años, se registran 3 casos (7%).





Figura 5 Distribución de los casos de Sarampión/Rubeola, según edad. Antioquia, segundo trimestre. 2022



Fuente: Sivigila, 2022.

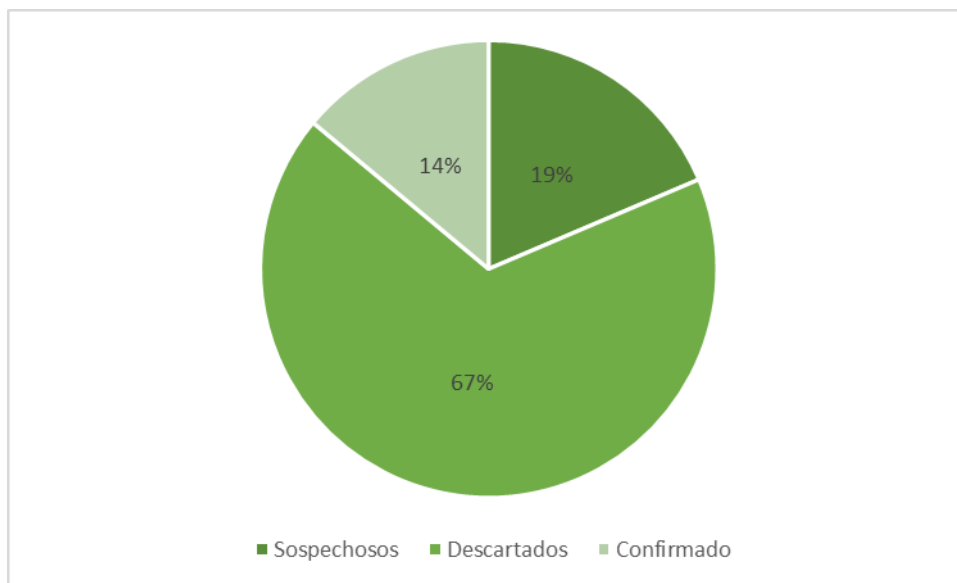
4.3 Comportamiento de otras variables de interés

Al considerar el comportamiento de otras variables, se observa que 29 casos (67%) notificados fueron descartados, 8 casos se encuentran como sospechosos (14%) y 6 casos (19%) se encuentran como confirmados (ninguno por laboratorio).



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Figura 6. Distribución porcentual de los casos de Sarampión/Rubeola, según clasificación. Antioquia segundo trimestre, 2022.



Fuente: Sivigila, 2022.

En relación con el tipo de afiliación al Sistema General de seguridad Social en Salud del total de pacientes notificados de Sarampión/Rubéola, el 60% pertenecen al régimen contributivo y el 37% al régimen subsidiado.

En cuanto a la distribución por área de residencia de los casos notificados al SIVIGILA a segundo trimestre del año 2022, se observa una gran diferencia dado que el 88% de la notificación corresponde a residentes en el área urbana y el 12% a zona rural.





Tabla 1. Distribución de los casos de Sarampión/Rubeola, por variables sociodemográficas. Antioquia segundo trimestre, 2022.

Variable	Categoría	Casos notificados	
		n	%
Sexo	Hombre	17	40%
	Mujer	26	60%
Tipode régimen de SSSS	Contributivo	26	60%
	No asegurado	1	2%
	Subsidiado	16	37%
Area de ocurrencia	Urbana	38	88%
	Rural	5	12%
Pertenencia etnica	Indígena	1	2%
	Otro	42	98%
Nacionalidad	Colombiana	42	98%
	Venezolana	1	2%

Fuente: Sivigila, 2022.

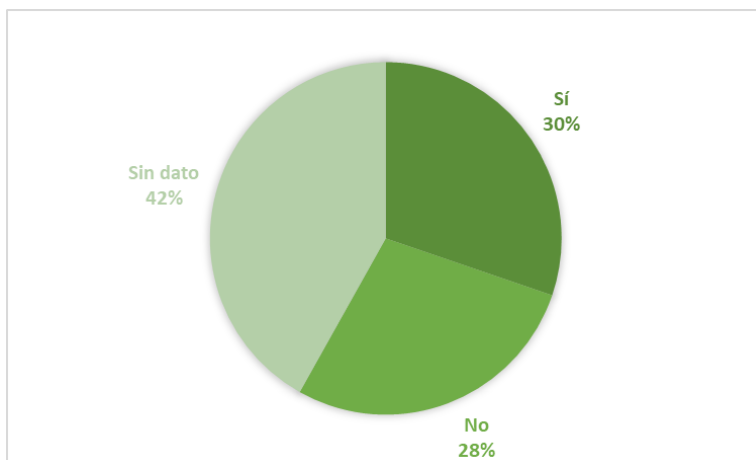
Según la notificación en SIVIGILA, el 30% de los casos notificados como sospechosos de Sarampión/Rubéola, tienen antecedente vacunal con el biológico SRP; el 28% no cuenta con antecedente vacunal con SRP y al 42% se le desconoce el antecedente vacunal con SRP.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

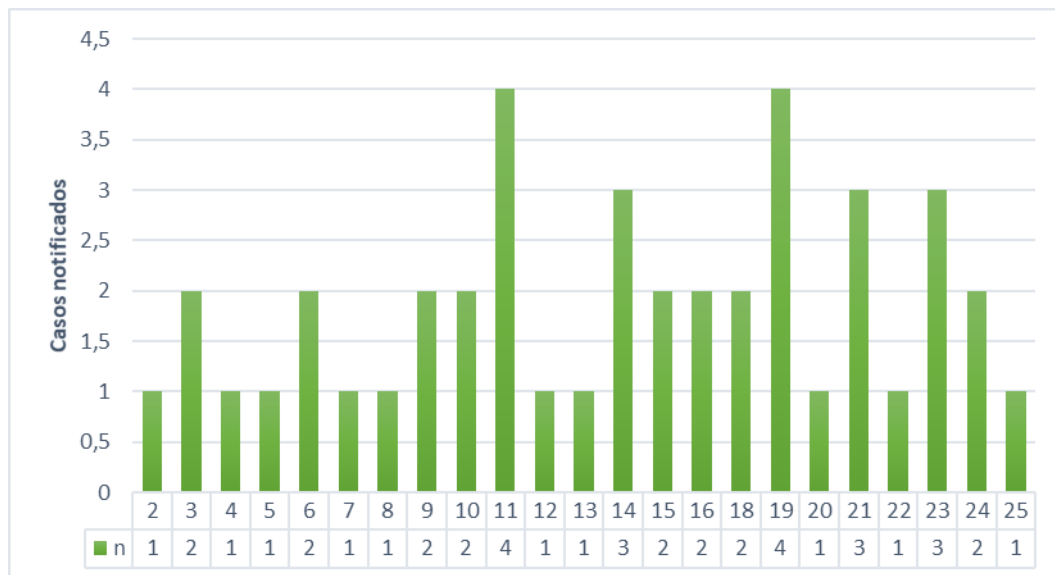
Figura 7. Distribución porcentual de los casos de Sarampión/Rubeola, según esquema de vacunación. Antioquia segundo trimestre, 2022



Fuente: Sivigila, 2022.

A segundo trimestre del 2022, se evidencia la mayor notificación con 4 casos sospechosos durante SE 11 y SE 19.

Figura 8. Distribución de los casos de Sarampión/Rubeola, según semana epidemiológica. Antioquia, segundo trimestre de 2022.



Fuente: Sivigila, 2022.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

El porcentaje de casos con muestra de suero adecuado para el segundo trimestre fue de 90,6%, es decir a 39 de los 43 pacientes se les tomo muestra para prueba de laboratorio.

4.4 Indicadores:

Los indicadores de vigilancia del evento se calcularon con la información del SIVIGILA, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica de los eventos. El proceso de recolección de datos se recopila de las UPGD, EAPB, municipios y ESE y la SSSA es la responsable de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso que se ingresen de acuerdo con las instrucciones dadas, para el adecuado diligenciamiento de las fichas de notificación 710 y 730.

- Tasa de notificación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola: en el departamento de Antioquia para el segundo trimestre de 2022, se notificaron 0.62 casos sospechosos de Sarampión y Rubéola por cada 100.000 habitantes, proporción muy por debajo de la meta la cual es ≥ 2 .
- Porcentaje de casos de Sarampión/Rubeola con investigación de campo, ficha de investigación completa/oportuna (menos de 48 horas) / adecuada: a la fecha se realizaron 38 visitas domiciliarias, de las cuales 19 se realizaron en las primeras 48 horas, esto da un cumplimiento del 44%
- Proporción de casos con muestra de suero adecuada: para el segundo trimestre del año 2022, se observa que el 90,6% de los casos notificados cuentan con muestra de suero adecuada para estudio de laboratorio. Este indicador cumple con la meta del 80%.
- Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección: Del total de muestras recibidas en el laboratorio, el 92,3% fueron recibidas en los primeros 5 días luego de su recolección. Este indicador cumple con la meta del 80%.
- Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción: Del total de muestras procesadas en el laboratorio, el 69% fueron procesadas en los primeros 4 días luego de su recepción. Este indicador no cumple la meta del 80%





- Incidencia de sarampión o rubéola en población general, menores de cinco años y un año: La incidencia de Rubeola y Sarampión en el departamento de Antioquia en la población menor de 1 año es de 0,0, para la población de 1-4 años es de 0,0 y para la población general es de 0,0 por cada 100.000 habitantes
- Todos los casos notificados al SIVIGILA como sospechoso y positivos de Sarampión y Rubeola para la vigencia del segundo trimestre del 2022 se encontraban vivos, por lo tanto, no se presenta el indicativo de letalidad.

5 DISCUSION

Dado que el sarampión y la rubeola constituyen enfermedades eruptivas agudas y sumamente contagiosas se requiere mantener la vigilancia epidemiológica de manera activa y rutinaria con el fin de mantener la certificación como país libre de la circulación de los virus de Sarampión y Rubeola.

Para el segundo trimestre del año 2022, se notificaron 43 casos de Sarampión/Rubeola, su gran mayoría 84% con procedencia del Valle de Aburrá.

La proporción de casos con muestra de suero adecuado para prueba de laboratorio en el segundo trimestre del año 2022 es de 90,6%, aunque se cumple con la meta, esta cifra es preocupante, porque son casos que no pueden descartarse por laboratorio, que es el deber ser en estos eventos, y más cuando estamos en eliminación y debe haber una garantía de tener una vigilancia activa, sensible y oportuna, lo que nos conduce a implementar planes de acción que nos permita mejorar ostensiblemente este aspecto fundamental.

En la búsqueda de concordancia entre las muestras del LDSP y lo notificado a SIVIGILA se encontró un gran número de casos sin notificar, se debe implementar un trabajo continuo con el Laboratorio Departamental con el fin de intervenir oportunamente y que estas muestras sean tomadas y lleguen al Laboratorio departamental en los tiempos estipulados en el protocolo.

Para mantener la eliminación de estos eventos, se requiere mantener coberturas de vacunación superiores a 95%, homogéneas y sostenidas, con estrategias y tácticas que aseguren dos oportunidades de aplicación a la vacuna triple viral o SRP; mantener el sistema de vigilancia lo suficientemente eficiente, que detecte, notifique e investigue en forma rápida y oportuna todo caso de Sarampión y





Rubéola; y por último y no menos importante, el laboratorio eficiente y capacitado para realizar diagnósticos serológicos y detección y aislamiento viral ante la aparición de casos importados o esporádicos.

6 CONCLUSIONES

Dado que Colombia ha eliminado la circulación de los virus autóctonos del sarampión y la rubéola, se hace necesario intensificar la vigilancia de dichos eventos con el fin de detectar oportunamente la aparición de casos o brotes. Es de suma importancia realizar de manera sistemática la recopilación y análisis de los datos, para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de rubéola Congénita, por parte del Instituto Nacional de Salud periódicamente.

Debido a la actual migración de personas provenientes de países vecinos como por ejemplo de Venezuela, se hace más importante aún, mantener estricta vigilancia epidemiológica de los eventos, conocer y aplicar todo lo estipulado en la circular 006 de 2018, la cual incluye instrucciones para prevención, atención, vigilancia y control de sarampión en el país ante la posible aparición de casos importados.

Se deben implementar acciones que permita recuperar el trabajo que se venía realizando en los diferentes entes territoriales para el oportuno seguimiento de estos eventos, sin dejarnos llevar por la importancia y gran despliegue que se ha realizado en el último año alrededor del COVID-19.

7 RECOMENDACIONES

- Los niveles locales deben continuar con el fortalecimiento del PAI en sus dos componentes el de vacunación y el de vigilancia epidemiológica, para reducir el número de susceptibles.
- Desarrollar estrategia de información, educación y comunicación que promueva la movilización social en torno a la protección de los logros hasta ahora alcanzados, a la identificación y adopción de factores protectores (como vacunación, detección temprana) y la consulta precoz en situaciones de riesgo (coberturas de vacunación.)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

- Garantizar la oportunidad en las actividades de caso y de campo en cada uno de los eventos inmunoprevenibles como la mejor forma de evitar la transmisión de la enfermedad.
- Intensificar las acciones de fortalecimiento del PAI, para mantener coberturas útiles en población menor de 6 años, y reducir el número de susceptibles.
- Mantener las acciones de asesoría y asistencia técnica encaminadas a mejorar la cobertura, calidad y oportunidad de la información requerida para la vigilancia de la salud pública.
- Continuar con las acciones para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, útil no solo para la detección y el control de brotes y epidemias sino para el mejoramiento de las prácticas de salud pública, y el manejo y tratamiento de casos.
- Fortalecer la vigilancia permanente de estos eventos, realizando un seguimiento más estricto a cada uno de los casos para poder dar cumplimiento a los indicadores como es la realización de la IEC, el envío de muestras oportunamente y el cargue al SIVIGILA de todas las muestras tomadas y enviadas al Laboratorio Departamental.

Elaborado por:

Magda Vanessa Maldonado Arcila
Profesional Universitario.
3006645127





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Bibliografía

- Aguilar-Gamboa, F. R. (14 de Junio de 2020). *EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR DEL VIRUS DEL SARAMPIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS: PANORAMA ACTUAL*. Obtenido de Revista URP:
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2966/3195>
- OMS. (2020). Obtenido de Agenda de Inmunización 2030. Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás:
<https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
- OPS. (4 de Octubre de 2021). *Actualización Epidemiológica del Sarampión*. Obtenido de Actualización Epidemiológica: Sarampión - 4 de octubre de 2021: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-4-octubre-2021>
- OPS. (2022). Obtenido de Semana de Vacunación en las Américas 2022: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-vacunacion-americas-2022>

