

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



Dirección Seccional
de Salud de Antioquia

PLAN ELIMINACIÓN DE LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Rubéola/ Síndrome de Rubéola Congénita.

1. ENTRADA

1.1. DEFINICIÓN DEL EVENTO A VIGILAR

Descripción: Enfermedad vírica, de alta contagiosidad, que se caracteriza por discreto exantema máculopapular, puntiforme difuso, que tiene su máxima intensidad en el 2do día y desaparece sin dejar descamación, acompañado de linfadenopatías auriculares, cervicales y/o generalizadas, fiebre leve, malestar general, coriza y conjuntivitis. Los niños por lo regular presentan pocos signos. Cerca del 25 – 50% de las infecciones son asintomáticas.

Las complicaciones corresponden a la leucopenia, trombocitopenia, las manifestaciones hemorrágicas son raras. La artralgia y con menos frecuencia la artritis, complican una proporción importante de casos especialmente entre las mujeres adultas. La encefalitis es una complicación rara y se presenta con mayor frecuencia en los adultos que en los niños.

El Síndrome de Rubéola Congénita -SRC- es la presentación más severa de la enfermedad por infección fetal. La severidad de las manifestaciones depende del momento de la gestación en el cual ocurra la infección, siendo más severa a más temprana edad gestacional, en las primeras 12 semanas de gestación. El SRC afecta al 80% o más de los recién nacidos hijos de madres que adquirieron la enfermedad en el primer trimestre del embarazo. La gravedad del daño en el feto varía según la edad gestacional en la que la madre contrajo la enfermedad y puede determinar el nacimiento del niño sin

anomalías, o provocar aborto espontáneo, muerte fetal a nacimiento de niños / niñas con anomalías simples o combinadas como sordera, cataratas, defectos congénitos cardíacos, retardo mental, entre otros.

Agente: Virus de la rubéola

Modo de transmisión: Por vía respiratoria, mediante la gólicas infectadas expulsadas por una persona enferma al hablar, estornudar o toser o por contacto directo con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas.

El SRC se transmite por infección de la placenta y paso del virus al feto. Se estima que el lactante con SRC expulsa gran cantidad de virus por secreciones nasofaríngeas y orina durante el primer año de vida.

Reservorio: las personas son el único huésped natural.

Período de incubación: va de 14 a 23 días, la mayoría presentan el exantema después de 14 a 17 días de haber estado expuesto.

Período de transmisibilidad: la enfermedad es más contagiosa cuando se inicia el exantema, sin embargo se excretan virus desde una semana antes y por lo menos cuatro días después del comienzo del brote en piel.

El menor con SRC excreta virus durante meses hasta un año de edad.

Diagnósticos diferenciales: varias enfermedades se presentan acompañadas de fiebre y erupción como sarampión, exantema súbito, escarlatina, fiebre dengue y eritema infeccioso por parvovirus entre otras.

Distribución: Mundial, es básicamente una enfermedad de la infancia, pero ataca a los adolescentes y a los adultos con mayor frecuencia que el sarampión o la varicela.

Las bajas coberturas de vacunación favorecen la aparición de la infección.

1.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso sospechoso de Rubéola: Todo caso en el que el trabajador de la salud sospecha Sarampión / Rubéola porque el paciente presenta: fiebre y erupción máculopapular acompañados de tos – coriza – o conjuntivitis e inflamación de los ganglios linfáticos retroauriculares, cervicales u occipitales (esta última en casos de la rubéola)

Caso sospechoso de SRC: Hijo de madre: Con antecedente de historia de confirmación o sospecha de rubéola durante el embarazo o menor de un año que presenta en forma aislada o combinada una o más malformaciones congénitas como sordera, catarata congénita única o bilateral, defectos cardíacos congénitos o púrpura trombocitopenica.

Caso confirmado: caso sospechoso con uno o más de los siguientes criterios:

Confirmación por laboratorio: casos sospechoso (incluyendo la forma SRC) con detección de anticuerpos tipo IgM positivos o aislamiento viral positivo

Asociación epidemiológica: caso sospechoso con contacto de riesgo con un caso confirmado de rubéola, en las últimas tres semanas.

Caso compatible: Es un caso sospechoso sin estudio por laboratorio. Representa una falla en la vigilancia epidemiológica

Caso descartado: Caso sospechoso en el que se tomó muestra adecuada de suero y tiene resultado de IgM negativo.

Caso importado: Caso confirmado en persona que viajó a otro país donde circula el virus durante el posible periodo de exposición (7 a 23 días).

Caso asociado a la vacuna: caso sospechoso que inicia la erupción entre 7 a 23 días después de haber recibido la vacuna SRP o SR.

1.3 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS

Objetivo

Eliminar la transmisión autóctona de la Rubéola en América antes del año 2010 y contribuir a mantener la erradicación del sarampión.

Metas

Alcanzar y mantener coberturas de vacunación con triple viral por encima del 95% en los mayores de un año y menores de cinco años. Lograr cobertura de vacunación con SR en el 100% en la población de 14 a 39 años de edad de ambos sexos

Intensificar la vigilancia epidemiológica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el 100% de los municipios del Departamento. Investigación epidemiológica adecuada el 100% de los casos sospechosos de rubéola y SRC.

Estrategias

- Intensificación del programa de vacunación a través de la eliminación de oportunidades perdidas en vacunación, canalización y jornadas de vacunación, entre otras. Realizar JNV en el 2005 dirigida a población hombres y mujeres entre 14 y 39 años.
- Intensificar el sistema de vigilancia epidemiológica de la rubéola, en especial en el SRC. Integrar la vigilancia epidemiológica del sarampión y la rubéola

1.4 RECURSOS DISPONIBLES Y RESPONSABILIDADES

El sector dispone de capacidad técnica para el diagnóstico, manejo de enfermos y la investigación epidemiológica de campo

Disponibilidad de vacuna SRP y SR aportada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones Nacional, para mayores de un año y menores de cinco años y para mujeres en posparto y posaborto y población entre 14 y 39 años respectivamente.

Es responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud notificar la presencia o ausencia de casos, la atención individual del enfermo, toma y envío de muestra de laboratorio y evaluar la calidad de la atención.

Es responsabilidad de la dirección local de salud coordinar la ejecución de las acciones comunitarias, notificar la presencia o ausencia de casos y asesorar, evaluar y controlar el sistema local de vigilancia epidemiológica y el programa de vacunación.

Es responsabilidad de la dirección seccional de salud notificar la presencia o ausencia de casos al Ministerio de la Protección Social/ Instituto Nacional de Salud, gerenciar la vigilancia epidemiológica a nivel departamental y disponer de los medios diagnósticos.

Es responsabilidad de Ministerio de la Protección Social/ Instituto Nacional de Salud INS suministrar la vacuna SRP y SR, dirigir el sistema nacional de vigilancia epidemiológico.

1.5 PLANEAMIENTO Y SELECCIÓN DE DATOS

Fuentes de información

- Comunidad
- Instituciones prestadoras de servicios de salud

- Laboratorios clínicos
- Agentes comunitarios de salud

Registros

- Historia Clínica
- Registro individual de prestación de servicios RIPs
- Ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso del Sivigila.
- Carné e historia de vacunación
- Certificados de defunción

1.6 FLUJOGRAMA

Notificación

De la institución prestadora de servicios de salud a la dirección local de salud:

Inmediata individual de todo caso Sospechoso de Rubéola y SRC, con las variables básicas de identificación establecidas en las fichas colectiva y única del Sivigila.

Semanal individual de todos los casos Sospechosos de Rubéola y SRC con las variables básicas de identificación y antecedentes de vacunación en la ficha única del Sivigila.

Semanal colectiva de presencia o ausencia de casos Sospechosos de Rubéola y SRC en la ficha colectiva del Sivigila.

De la dirección local a la dirección seccional:

Inmediata individual de todo caso Sospechoso de Rubéola y SRC, con las variables básicas de identificación establecidas en las fichas colectiva del Sivigila

Semanal individual de casos Sospechoso de Rubéola y SRC con las variables básicas de identificación y antecedentes de vacunación en la ficha única del Sivigila.

Semanal colectiva de presencia o ausencia de casos Sospechoso de Rubéola y SRC en la ficha colectiva del Sivigila

De la dirección seccional al Ministerio de la Protección Social / INS

Semanal colectiva de casos sospechosos.

2. PROCESO

2.1 DECISIONES POLÍTICAS

Inclusión de las acciones de vigilancia epidemiológica de la rubéola en los planes de atención básica municipal y departamental

2.2 DEFINICIÓN DE ACCIONES TÉCNICAS

A nivel individual a partir del caso sospechoso:

Durante el primer contacto del enfermo con el organismo de salud, debe hacerse todo lo posible para obtener información básica, datos clínicos y muestras de laboratorio ya que podría ser el único contacto con el paciente

Elaboración de historia clínica: esta debe incluir al menos la edad, fecha de inicio de la erupción, descripción de las manifestaciones y antecedente de vacunación.

Definición de manejo ambulatorio u hospitalario: el manejo hospitalario solo esta indicado en caso de que exista riesgo de complicaciones. Deben darse instrucciones para el aislamiento respiratorio hasta siete días después de iniciada la erupción, tiempo durante el cual el enfermo debe abstenerse de asistir al estudio o al trabajo. Las embarazadas deben evitar todo tipo de contacto con el enfermo. En caso de rubéola congénita el aislamiento es estricto. Los lactantes con rubéola congénita, se consideran contagiosos hasta el primer año de vida, a

menos que los cultivos nasofaríngeos y de orina sean negativos.

Notificación inmediata individual de casos sospechosos de Rubéola o SRC hasta la autoridad de salud

Tratamiento: no existe tratamiento específico, el manejo es sintomático con antipiréticos, e hidratación.

Estudio por laboratorio: está indicado en todo caso sospechoso así:

- Examen solicitado: Determinación de anticuerpos IgM para rubéola/sarampión.

Tipo de muestra: 10 ml de sangre total en tubo estéril sin anticoagulante, tomado en el primer contacto que tiene el paciente con un organismo de salud, independiente de las horas de ayuno y en los 30 primeros días de iniciada la erupción

Toma y envío de la muestra: En tubo seco estéril sin anticoagulante se extrae la sangre. Deje reposar a temperatura ambiente por 15 minutos y luego coloca en hielo para mantener refrigerada a 4°C hasta su centrifugación. Se debe centrifugar la muestra a 1500 rpm durante 10 minutos. La separación del coágulo debe realizarse en forma aséptica a más tardar dos horas después de su toma. El suero se separa en otro tubo estéril. Una vez separado el suero refrigere a 4°C, hasta su envío al laboratorio de referencia.

Debe remitirse lo antes posible, preferiblemente al día siguiente al laboratorio de referencia, Laboratorio Departamental de Salud Pública. Debe enviarse con la siguiente información; nombre del paciente, municipio de procedencia, edad, fecha de antecedente de vacunación, fecha de inicio de erupción, fecha de recolección de muestra y nombre de institución remitente.

Entrega de resultado final: 10 días.

El resultado a la IgM positiva confirma infección reciente.

- Examen solicitado: aislamiento viral. No sustituye la muestra de suero para la detección de anticuerpos.

Tipo de muestra: orina o nasofaringe tomada al primer contacto con el paciente y en los 7 primeros días de iniciada la erupción.

Toma y envío de la muestra:

Orina: 50 a 100 ml de orina, se prefiere la primera orina de la mañana, previa asepsia de la región genitourinaria, se recolecta la parte media de la micción en recipiente estéril de boca ancha y de tapa rosca. La muestra debe tomarse tan pronto como sea posible después del inicio de la erupción, preferiblemente en los siete primeros días.

Se debe centrifugar la muestra a 2500 rpm durante 10 minutos. Una vez centrifugada se debe refrigerado a 4°C, no congelar. Enviarla en las siguientes 24 horas en hielo húmedo, al laboratorio de referencia.

Secreción nasofaríngea: el hisopo se introduce por la fosa nasal hasta la nasofaringe y se frota para asegurar que se impregne de material, luego se introduce en envase estéril con medio de transporte viral. Se debe conservar refrigerado a 4°C, no congelar, hasta su envío al laboratorio de referencia.

El medio de transporte viral: buffer salino fosfato-PBS - o solución salina balanceada pH 7.2 adicionada de antibiótico (100 unidades /ml penicilina y 100 ug/ml estreptomycin) y 2% de suero fetal bovino y 0.5% de gelatina.

Debe remitirse al laboratorio de referencia (Laboratorio Departamental de Salud Pública) lo antes posible, preferiblemente el mismo día de la toma. Debe enviarse con la siguiente información: nombre del paciente, municipio de procedencia, edad, fecha de antecedente de vacunación, fecha de inicio de erupción, fecha de recolección

de muestra y nombre de institución remitente.

Entrega de resultado final: 30 días.

- Examen solicitado: necropsia.

En caso de muerte fetal o infantil con sospecha de SRC se debe realizar necropsia.

A nivel comunitario: a partir de todo el caso sospechoso

Investigación epidemiológica de campo y vacunación de bloqueo:

NO ESPERE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO PARA EMPEZAR A INVESTIGAR UN CASO SOSPECHOSO

Debe iniciarse en las primeras 48 horas después de su notificación para identificación de la fuente de infección, búsqueda activa de sintomáticos y convalecientes y vacunación de susceptibles.

La investigación no debe confundirse con una visita domiciliaria. Incluye:

Búsqueda activa de casos y contactos:

Elaborar censo de todos los contactos (entendiendo por contacto todas las personas que viven en la misma casa o comparten alguna actividad con el caso durante el periodo infeccioso desde 5 días antes hasta 5 días después de iniciado el exantema), puede extenderse a los sitios de trabajo, estudio o guarderías.

Realizar un croquis del desplazamiento del caso, con el fin establecer posible sitios de contagio y propagación de la infección.

Realizar seguimiento hasta por 23 días a los contactos identificados, con el fin de verificar la presencia o no de nuevos casos. Dar educación sobre los síntomas de la

enfermedad y la importancia de la consulta precoz.

Toma de muestras de laboratorio a los contactos que reúnan los criterios de caso sospechoso.

Búsqueda de susceptibles- vacunación de bloqueo:

Tanto en las zonas urbanas como rurales la presencia de un caso sospechoso debe convertirse en una oportunidad para analizar las coberturas de vacunación. La búsqueda de susceptibles debe ampliarse a la mayor área posible dependiendo de los resultados del monitoreo rápido de las coberturas.

Dosis de esquema SRP: debe aplicarse a los niños y niñas menores de 4 años que no tengan la dosis única aplicada al año de edad. Así mismo, deben vacunarse los niños y niñas entre 5 y 20 años que no hayan recibido la dosis de refuerzo establecida en el esquema (ya que hacen parte de la cohorte que en 1995 debió recibir el refuerzo a los 10 años de edad). No se aplican dosis adicionales.

Dosis de SR: debe aplicarse a los susceptibles que en el año 2005 tenían entre 14 y 39 años de edad y no recibieron esta dosis en la Jornada Nacional de Vacunación SR 2005. No se aplican dosis adicionales.

Así mismo, deben vacunarse las gestantes en posaborto o posparto que no tengan el antecedente de vacunación con SR.

Búsqueda activa institucional - BAI:

Las instituciones de salud tanto públicas como privadas deben hacer una revisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS de urgencias, consulta externa y hospitalización ocurridos en los últimos 30 días, para identificar los siguientes diagnósticos: sarampión, rubéola, roséola, exantema súbito,

escarlatina y enfermedad febril eruptiva.

La historia clínica del paciente con alguno de los anteriores diagnósticos debe ser evaluada, para establecer si el paciente reúne los criterios de caso sospechoso de sarampión. El paciente que reúna los criterios de caso sospechoso debe ingresar y activar el Sistema de Vigilancia.

Monitoreo rápido de las coberturas de vacunación SRP en los menores de cinco años.

En el barrio donde vive el paciente se elige una zona de difícil acceso a los servicios de vacunación. En esta zona, se selecciona una manzana, en la cual se visitan 25 viviendas siguiendo el sentido de las manecillas del reloj.

En cada casa se pregunta por la existencia de niños entre 1 y 4 años de edad. De cada uno de los niños identificado en el censo se indaga el antecedente de vacunación con SRP. En caso de no estar vacunado se le pregunta a la madre o padre el motivo por el cual no está vacunado y se consigna la respuesta. Si en una casa no hay personas adultas que puedan presentar el carné de vacunación, se excluye esa casa del análisis.

Realizado el censo, se calcula la cobertura de vacunación existente en las 25 viviendas, relacionando el número de niños y niñas vacunados sobre el total de niños encontrados y multiplicando por 100. Esta proporción refleja la situación particular de vacunación en el barrio o la vereda y se convierte en importante herramienta para evaluar hasta donde debe extenderse la vacunación de bloqueo.

Aplicación de gammaglobulina: no está indicada la aplicación de la inmunoglobulina después de la exposición ya que no evita la infección o viremia y puede modificar o suprimir los síntomas y en el caso de la gestante no evita las malformaciones congénitas y distorsiona la interpretación

del seguimiento serológico, por lo tanto no se recomienda su aplicación post exposición. La vacunación es la medida más eficaz para prevenir la enfermedad.

En el medio se dispone de una vacuna preparada con virus vivos atenuados que confiere inmunidad entre 98 al 99% de los vacunados. Es de tipo replicativo y puede venir sola o conjugada con la vacuna antisarampionosa y parotídea SRP o SR. Se administra en dosis única, 0.5 ml a partir de los 12 meses de edad, vía subcutánea.

Las reacciones secundarias a la vacuna SRP o SR son escasas y generalmente leves. La aparición de trastornos neurológicos como la encefalitis es de rara ocurrencia, de uno por un millón de dosis aplicadas

Del 5 al 15% de los vacunados, presentan hipertermia no superior a los 39.5oC que puede acompañarse de erupción, coriza, tos entre 2 a 3 semanas de aplicado el biológico. Ellos se convierten en casos sospechosos y deben ingresar al sistema y ser investigados.

Debe leerse la literatura de la vacuna disponible en el momento, para verificar si se pueden presentar problemas de alergia o anafilaxia al huevo, o si el virus de la vacuna es replicado en células humanas.

La pequeña cantidad de neomicina que posee la vacuna, generalmente es menor que la usada para las pruebas cutáneas de sensibilidad, por lo cual solo se espera reacciones locales (respuesta inmune retardada, mediada por células).

Las vacunas antirubéola SR y la SRP, no deben ser aplicadas en personas con inmunodeficiencia congénita o adquirida, con inmunodeficiencia por neoplasia maligna o por tratamiento con inmunodepresores (corticoterapia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia) y en embarazadas. En personas VIH positivas, sin SIDA no está contraindicada la

vacunación con este biológico.

Puede aplicarse en adultos, pero está contraindicada en mujeres embarazadas, en personas con inmunodeficiencias o que reciben inmunosupresores. La OMS, recomienda la vacunación con SRP para niños y niñas con VIH.

Es importante destacar que la vacunación con SR en la madre que amamanta, no tiene ningún efecto sobre el bebé, ni afecta la lactancia materna.

2.3 DEFINICIÓN DE MECANISMOS OPERATIVOS

- Designación de un coordinador de vigilancia epidemiológica en cada dirección local de salud e institución prestadora de servicios de salud.
- Constitución y funcionamiento del comité de vigilancia epidemiológica municipal e institucional.
- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la dirección seccional a la vigilancia epidemiológica realizada por las direcciones locales e instituciones de salud.

2.4 CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO

Al tener los resultados de laboratorio y la investigación epidemiología de campo y a más tardar a las cuatro semanas después de captado el caso sospechoso, debe clasificarse el caso como compatible, confirmado o descartado. Ver definiciones operativas

3. PRODUCTO

3.1 EVALUACIÓN DEL IMPACTO

- Se analiza con base en los cambios logrados en la situación epidemiológica a través de los siguientes indicadores:

- Proporción de incidencia general y específica de rubéola por edad y procedencia en los últimos años.
- Frecuencia del síndrome de rubéola congénita
- Mapa de riesgo por municipio, comuna o barrio, se considera de alto riesgo coberturas de vacunación inferiores al 95% en niños entre uno y cinco años.

3.2 EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

- Cumplimiento de unidades primarias generadoras de datos y unidades notificadoras de la notificación semanal
- Proporción de casos sospechosos con investigación epidemiológica de campo en menos de 48 horas después de notificado
- Proporción de casos sospechosos con muestras de suero adecuadas tomada en los primeros 30 días después de iniciada la erupción
- Proporción de casos sospechosos con información epidemiológica completa (edad, fecha de notificación, fecha inicio erupción, fecha toma de muestra de suero, antecedente de vacunación y fecha de investigación epidemiológica de campo)