

00000033

CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA No. DE 2016

Bogotá, D.C., 13 JUN 2016

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, DIRECTORES DE SALUD DEPARTAMENTAL, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, COORDINADORES DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DISTRITALES Y DEPARTAMENTALES, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: INTENSIFICACION DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA PARA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN COLOMBIA

La enfermedad meningocócica es causada por el agente bacteriano Gram negativo *Neisseria meningitidis*, el cual tiene una gran patogenicidad y virulencia, su transmisión es de persona a persona a través de gotitas de secreciones respiratorias y su periodo medio de incubación es 4 días (mín: 2 días – máx: 10 días). Se manifiesta clínicamente como meningitis o meningococemia (sepsis); la primera se constituye en la forma más común y de mejor pronóstico ante la instauración de un tratamiento médico; en contraste, la meningococemia se asocia con una alta letalidad. Las secuelas de la enfermedad afectan entre 11 y 19% de los sobrevivientes, las más frecuentes son necrosis de extremidades, déficit neurológico y sordera de diversos grados.¹

Se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los más patogénicos son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico. Al constituirse los seres humanos como su único reservorio, se estima que entre un 10 a 20% de la población es portadora nasofaríngea, la cual puede ser superior en población confinada y en población general en situaciones epidémicas. Los factores de riesgo asociados a brotes son el hacinamiento, el desplazamiento de las poblaciones, factores climáticos y virulencia de cepas del agente circulante.²

¹ Almeida-González Lourdes, Franco-Paredes Carlos, Pérez Luis Fernando, Santos-Preciado José Ignacio. Enfermedad por meningococo, *Neisseria meningitidis*: perspectiva epidemiológica, clínica y preventiva. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2004 Oct [citado 2016 Mar 12]; 46(5): 438-450. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500010&lng=es.

² Matute Isabel, Olea Andrea, López Darío, Loayza Sergio, Nájera Manuel, González Claudia et al. Clinical features and prognostic factors of meningococcal disease: a case series study in Chile during the 2012-2013 outbreak. Rev. chil. infectol. [Internet].



A nivel mundial se estima la ocurrencia de 500.000 a 614.000 casos, de los cuales 50.000 fallecen. En América Latina las estimaciones de incidencia de la enfermedad pueden variar entre países, en México o Cuba la incidencia reportada es inferior a 0.1 casos por 100.000 habitantes, mientras Brasil reporta cifras de 2 casos por 100.000; los serogrupos más frecuentes son B y C, aunque en algunos países se han observado brotes por W.³

En Colombia, a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Sivigila, se ha venido monitoreando el comportamiento del agente *Neisseria meningitidis* evidenciando un descenso en el porcentaje de casos notificados para *Neisseria* respecto de otros agentes en estudio; en 2013 la notificación para este agente fue de 37.3% y en 2015 de 23.5% lo cual puede ser explicado por la inclusión en la vigilancia de otros agentes bacterianos diferentes a los estudiados mediante esta vigilancia (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*); el comportamiento en la confirmación de casos de meningitis asociados a este agente muestra un incremento, pasando de 55 casos confirmados en 2013 y 67 en 2014 a 84 casos confirmados en 2015.⁴

De acuerdo con los serogrupos identificados en los casos confirmados, la tendencia muestra un descenso de casos asociados al serogrupo B (ampliamente relacionado con brotes en Cartagena) y un incremento en el número de casos confirmados asociados al serotipo C (identificado en brotes de Buenaventura, Boyacá y Bogotá); los menores de 5 años se constituyen en el grupo más afectado. Hasta la semana epidemiológica 8 se han notificado al sistema de vigilancia un total de 138 casos que cumplen con la definición de caso probable para meningitis bacteriana, mostrando un incremento en la notificación de 58.6% respecto del año anterior; del total de los 17 casos notificados para el agente, se han confirmado a la fecha nueve casos.⁵

El sistema de redes de vigilancia de los agentes bacterianos responsables de neumonía y meningitis (SIREVA II) en Colombia, liderada por el Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud, de carácter pasivo y voluntario, tiene como objetivo determinar los serotipos y la sensibilidad antimicrobiana de aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* causantes de enfermedades invasoras. Dentro de sus hallazgos en un periodo de 5 años (2011-2015) se evidencia una circulación predominante del serogrupo B, el cual en 2015 fue reemplazado por una importante circulación del serogrupo C, comportamiento que se mantiene en lo corrido de 2016.⁶

2015 Oct [cited 2016 Mar 12]; 32(5):505-516. Available from: <http://dx.doi.org.ez.urosario.edu.co/10.4067/S0716-10182015000600003>

³ Groves-Pinett Marla, Abdelnour Arturo, Soley Carolina, Arguedas-Mohs Adriano. Enfermedad meningocócica: epidemiología, diagnóstico y vacunación. Acta méd. costarric [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Mar 12]; 55(1): 08-17. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022013000100003&lng=en.

⁴ Informe de evento Meningitis Bacterianas Agudas. Instituto Nacional de Salud. Publicado en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/informes-de-evento.aspx>

⁵ Comportamiento de la Meningitis Bacteriana por agente *Neisseria Meningitidis* 2013 - 2016. Grupo Inmunoprevenibles. Instituto Nacional de Salud.

⁶ Vigilancia por laboratorio de *Neisseria meningitidis* SIREVA II. Grupo de Microbiología. Dirección de Redes en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Publicado en: <http://www.ins.gov.co/tramites-y-servicios/examenes-de-inter%C3%A9s-en-salud-publica/Microbiologia/informe%20Web%20N%20meningitidis%202015.pdf>

De acuerdo con la normatividad vigente, Decreto 3518 de 2006 en su artículo 4, se establece como finalidad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SiviVigila la *"detección de cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de la vigilancia"* entre otras, se establece en el artículo 7 como función del Ministerio de Salud y Protección Social entre otras, *"diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional"* y en su artículo 8 como función del Instituto Nacional de Salud entre otras *"coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social las acciones de vigilancia en Salud Pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema"*.

Teniendo en cuenta los hallazgos del incremento en la circulación de serogrupo C de *Neisseria meningitidis* en el país y la ocurrencia de brotes de enfermedad meningocócica en el Distrito de Buenaventura, es necesario ajustar, integrar y fortalecer las actividades de vigilancia en salud pública, la identificación y atención oportuna de los casos en los servicios de salud y la implementación de medidas de prevención y control para el evento. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud imparten las siguientes instrucciones de obligatorio cumplimiento a nivel nacional, así:

Acciones de vigilancia en Salud Pública

1. Objetivos de la vigilancia en salud pública de la enfermedad meningocócica

Los objetivos de la vigilancia en Colombia son la caracterización del comportamiento de la enfermedad meningocócica respecto a variables de tiempo, lugar y persona, la distribución de serogrupos de *Neisseria meningitidis* y la detección oportuna de brotes para la implementación de las medidas de control.

2. Definiciones de caso para la vigilancia en salud pública de la enfermedad meningocócica

La enfermedad meningocócica hace referencia a cualquier enfermedad causada por la bacteria *Neisseria meningitidis*. Los cuadros clínicos más graves y frecuentes causados por estas bacterias son las infecciones del líquido cefalorraquídeo y las meninges (meningitis), y las infecciones en el torrente sanguíneo (bacteremia o septicemia).

Caso probable: Todo paciente que presente enfermedad de aparición súbita con fiebre (mayor a 38°C) y al menos uno de los siguientes síntomas y signos:

- Dolor de cabeza
- Rigidez nuchal
- Alteración del estado de conciencia
- Otros signos de irritación meníngea
- Erupción cutánea petequeial o purpúricas

En menores de 1 año de edad, se debe tener en cuenta que la fiebre este acompañada con signos y síntomas como abombamiento de la fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad y/o convulsiones, con o sin erupción cutánea petequeial.



Caso confirmado por laboratorio: Caso probable con aislamiento por cultivo (sangre, LCR u otro fluido corporal estéril) o PCR en tiempo real positiva para *Neisseria meningitidis*.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y esta epidemiológicamente ligado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.

Caso compatible: caso probable al cual no se tomó una muestra, o se tomó, se conservó o se procesó en forma inadecuada con resultados consecuentemente negativos y no se logró demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado. La clasificación de un caso compatible representa una falla en la vigilancia epidemiológica del evento.

Caso descartado: caso probable al que se tomó, se conservó y se procesó en forma adecuada una muestra para diagnóstico por laboratorio y el resultado fue negativo.

3. Acciones de vigilancia en salud pública

- a. Las UPGD deberán notificar de manera inmediata el o los casos probables de enfermedad meningocócica a través de la ficha de notificación y el código de evento establecido por el Instituto Nacional de Salud en cada uno de los niveles del sistema de acuerdo con el flujo de información establecido por el SiviGila
- b. Las secretarías de salud municipales/distritales deben realizar las acciones de estudio de caso probable o confirmado en las primeras 48 horas después de la notificación
- c. Las secretarías de salud municipales/distritales realizarán seguimiento de contactos estrechos hasta el día 10, con el fin de verificar la aparición de casos secundarios.
- d. Las Entidades territoriales deberán comunicar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace (cne@minsalud.gov.co) y al Equipo de respuesta inmediata del INS (eri@ins.gov.co) las situaciones inusuales que sean detectadas, tales como: incrementos en la notificación de casos que cumplan con la definición de probable en un área geográfica determinada o conglomerados de casos probables de enfermedad meningocócica.

4. Acciones de vigilancia por laboratorio

- a. Toma de muestras de LCR u otro fluido corporal estéril para procesamiento mediante tinción de Gram, citoquímico y cultivo; sangre para pruebas complementarias y hemocultivos por parte de la UPGD notificadora en el 100% de los casos probables de enfermedad meningocócica.
- b. Enviar el 100% de los aislamientos de *Neisseria meningitidis* al laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud para identificación de serogrupo y el perfil de sensibilidad antimicrobiana.
- c. Cumplir con los lineamientos para la toma, almacenamiento y transporte de muestras para cultivo descritas en el Protocolo de vigilancia y control de meningitis bacterianas establecido por el Instituto Nacional de Salud y disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Meningitis.pdf>

Acciones de control en Salud Pública

5. Acciones de control de brotes

- a. Las secretarías de salud municipales/distritales deberán realizar búsqueda comunitaria e institucional de contactos estrechos según lo definido en el protocolo de vigilancia en salud pública de un caso probable o confirmado de enfermedad meningocócica e informar a la EAPB correspondiente para el suministro de quimioprofilaxis dentro de las primeras 24 horas de identificado el caso, o podrá disponer y suministrar el medicamento a los contactos estrechos identificados con cargo a los recursos asignados para acciones de vigilancia en salud pública, conforme lo establecido en la Resolución 518 del 2015.

Quimioprofilaxis: Se debe administrar un tratamiento antibiótico de manera profiláctica a los contactos íntimos (núcleo familiar y personas que compartan habitación o que hayan estado expuestos a secreciones orales del paciente) de acuerdo con las siguientes recomendaciones:

Antibiótico y edad	Dosis y vía de administración	Duración
<u>Rifampicina</u> < 1 mes	5mg/kg, vía oral fraccionada cada 12 horas	2 días
>=1 mes	10 mg/kg (máximo 600mg), vía oral fraccionado cada 12 horas	2 días
<u>Ceftriaxona</u> < 15 años	125 mg intramuscular	Única dosis
>=15 años	250 mg intramuscular	Única dosis
<u>Ciprofloxacina*</u> >=1 mes	20 mg/kg (máximo 500mg)	Única dosis

*Use solo si no se han detectado resistencias a Fluoroquinolonas – No recomendada para mujeres gestantes

Si se ha tratado un caso con antibiótico diferente a Ceftriaxona o Cefotaxime, debe recibir quimioprofilaxis antes del egreso para erradicar *N. meningitidis* de la nasofaringe

- b. Las Entidades territoriales, EAPB e IPS deben difundir entre los profesionales de salud el Protocolo de vigilancia y control de meningitis bacterianas establecido por el Instituto Nacional de Salud y garantizar su cumplimiento, el cual se encuentra disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Meningitis.pdf>

6. Acciones para el control de infecciones

- a. Aplicar las precauciones estándar y las precauciones adicionales para prevenir el contagio por "gotitas" durante el proceso de atención de los pacientes

7. Acciones de prestación de servicios de salud

- a. Implementar planes de contingencia para la atención oportuna y adecuada de los casos de enfermedad meningocócica, garantizando una adecuada infraestructura, disponibilidad de insumos, equipos médicos y suficiencia de equipo humano.

Handwritten signatures and initials

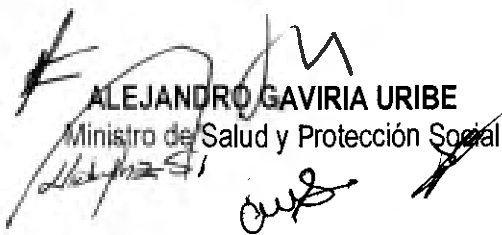
- b. Garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios mínimos de habilitación establecidos por la normatividad vigente, realizando autoevaluación anual de dicho cumplimiento.
- c. Actualizar los conocimientos teóricos y prácticos de los trabajadores de la salud sobre las características clínicas de la enfermedad meningocócica, el tratamiento oportuno, la realización de las pruebas diagnósticas necesarias, la toma de muestra de LCR, manejo del shock séptico y uso racional de los antimicrobianos
- d. En el marco de la buena práctica obligatoria en el sistema único de habilitación para la seguridad del paciente "Prevenir, reducir y controlar las infecciones asociadas a la atención en salud", deberán fortalecer la implementación del protocolo de uso racional de antibióticos para la mejora del uso prudente de antimicrobianos, velando por un uso adecuado de estos en la prestación de los servicios, acogiendo la recomendación de la OMS
- e. Fortalecer la calidad de la atención mediante la provisión de materiales didácticos de consulta rápida que se puedan emplear en urgencias, unidades de cuidados intensivos o áreas de atención de los pacientes con enfermedad meningocócica
- f. Diseñar e implementar estrategias para la atención oportuna de los casos de enfermedad meningocócica, enfatizando el diagnóstico oportuno y la instalación de un tratamiento inmediato.
- g. Suministrar el tratamiento para el manejo de casos según criterio médico, considerando el protocolo de atención y manejo de casos de enfermedad meningocócica
- h. Comunicar oportunamente al laboratorio del envío de la muestra y estar pendiente de la recepción de los resultados para garantizar el ajuste del tratamiento antimicrobiano de manera consecuente
- i. Asegurar la información oportuna a los pacientes y sus familiares, dada la gravedad de la enfermedad y el pronóstico
- j. Colaborar en la identificación de contactos en el entorno familiar, promoviendo el empleo eficiente de la profilaxis cuando está indicada
- k. Realizar auditorías internas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de la enfermedad meningocócica, enfatizando la oportunidad del diagnóstico, el tratamiento antimicrobiano, y el manejo de los contactos se debe implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.
- l. Realizar análisis de causa para los eventos adversos relacionados con la atención de pacientes con enfermedad meningocócica y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento para las causas identificadas como prioritarias en el análisis de los eventos
- m. Notificar a la Dirección distrital y municipal de todo caso de enfermedad meningocócica, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS y el INS
- n. Participar en las unidades de análisis convocadas por las autoridades locales, departamentales y/o nacionales de salud y aportar la información requerida para la caracterización de los casos, o que pueda complementar los estudios de campo requeridos por las autoridades locales o departamentales
- o. Intensificar medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir el riesgo de transmisión, garantizando los insumos para el lavado de manos, alcohol glicerinado, mascarillas quirúrgicas, guantes, etc.

8. Acciones de Información - Educación y Comunicación

- a. Las empresas administradoras de planes de beneficios y las entidades responsables de regímenes especiales y de excepción, deberán realizar acciones de coordinación y articulación con las entidades territoriales para el diseño e implementación de estrategias de promoción de la salud, prevención de los riesgos y educación sobre los signos y síntomas de la enfermedad meningocócica, para que la población reconozca y busque atención médica inmediata.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Bogotá D.C a los días del mes de **13 JUN 2016**


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social


MARTHA LUCIA OSPINA MARTINEZ
Directora General del Instituto Nacional de Salud



Anexo 1. Medidas de Prevención ante Enfermedad Meningocócica.

La bacteria se transmite de persona a persona a través de gotas provenientes de las secreciones respiratorias o de la garganta de personas infectadas. La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada.

Está indicado el aislamiento por gotas de todos los contactos cercanos del paciente y en el hospital para prevenir casos secundarios, durante 24 horas después de haber comenzado la terapia con antibióticos. Es imprescindible la vigilancia minuciosa de los contactos del hogar y de otros contactos íntimos, en busca de signos tempranos de la enfermedad para emprender el tratamiento adecuado sin demora. Para esos contactos íntimos está también indicada la quimioprofilaxis descrita previamente

Medidas de Control:

Precauciones Estándar:
Objetivo Prevenir la transmisión de la mayoría de los agentes patógenos, durante la atención en salud, independiente de si se conoce o se trata de pacientes infecciosos, sintomáticos o portadores de los agentes.
Medidas
• Higiene de Manos. • Uso de guantes en caso de manipular sangre o fluidos corporales. • Protección facial (boca, nariz, conjuntivas) si hay riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos corporales. • Uso de bata si hay riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos corporales. • Prevención de accidentes con cortopunzantes. • Manejo de equipos, desechos y ropa de pacientes (limpieza, desinfección y esterilización).

Para esta patología, además de las Precauciones Estándar, se deben aplicar las medidas de aislamiento por gotas.

Aislamiento por Gotas :
Objetivo: Prevenir la transmisión de agentes patógenos que se diseminan por contacto con las mucosas de la cara (boca, nariz, conjuntivas), con secreciones respiratorias.
Medidas
• Habitación individual, en caso de ser necesario puede ser compartida por pacientes con el mismo diagnóstico. • Uso de mascarilla quirúrgica desechable, para las personas que tienen contacto cercano al paciente (menos de un metro).

- Higiene de manos:
 - Evite el contacto innecesario con las superficies cercanas al paciente.
 - Realice la higiene de las manos con alcohol-gel.
 - Cuando las manos estén sucias, lávelas con agua y jabón.
- Cuándo hacer higiene de manos?:
 1. Antes de tener contacto directo con el paciente.
 2. Después del contacto con sangre o fluidos corporales.
 3. Después del contacto con la piel del paciente.
 4. Durante la atención al paciente, si las manos van de un sitio contaminado a un sitio limpio.
 5. Luego del contacto con objetos contaminados.
- Traslado del paciente:
 - Avise al servicio de destino sobre el diagnóstico del paciente.
 - El paciente debe usar una máscara quirúrgica para su traslado (excepto los niños pequeños).
 - Evite traslados innecesarios

Elaborado por: Subdirección de Enfermedades Transmisibles.
Dirección de Promoción y Prevención

MJ

