

CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA NÚMERO 000014 DE 2014

(marzo 12)

Bogotá, D. C., 12 de marzo de 2014

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.

Asunto: Instrucciones para la detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la Fiebre Chikungunya en Colombia.

La Fiebre Chikungunya es una enfermedad ocasionada por un alfavirus de la familia *Togaviridae* transmitido por la picadura de mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. El periodo de incubación es 3 a 7 días (rango de 1-12 días) y la viremia dura entre 5 a 6 días (incluso hasta 10 días) luego de la presentación de la fiebre¹.

Los signos clínicos típicos de la enfermedad son fiebre, artralgia severa o artritis de comienzo agudo que puede persistir por semanas o meses. Las complicaciones generales incluyen miocarditis, hepatitis, neumonía, falla renal y alteraciones oculares o neurológicas. Algunos individuos infectados pueden ser asintomáticos, o presentar cuadros con sintomatología moderada. Esto se constituye en un reto en el diagnóstico diferencial, en zonas tropicales, donde son igualmente prevalente otras condiciones infecciosas como el dengue¹.

Otras formas de transmisión de la enfermedad pueden ocurrir por aplicación de derivados sanguíneos y/o transmisión madre a hijo, particularmente durante la última semana de gestación. La letalidad puede llegar hasta el 10,6% de los casos, en pacientes con comorbilidades, personas mayores de 85 años, y personas con antecedentes de abuso del alcohol, las cuales tienen un mayor riesgo de fallecer por la enfermedad¹.

Desde que se detectaron los primeros casos autóctonos de infección por Chikungunya en la isla de San Martín (territorio francés) a finales de noviembre de 2013, hasta la fecha otros cinco territorios en la Región de las Américas y el Caribe, han notificado transmisión autóctona como:

Guadalupe, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, San Bartolomé y San Martín (territorio holandés)².

En Colombia, el Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud procesa sueros para diagnóstico del virus *Chikungunya* – CHKV que previamente han resultado negativos para dengue. A la fecha no existe evidencia por laboratorio de circulación autóctona ni de casos importados de CHKV en Colombia.

Recientemente se han notificado y descartado dos (2) pacientes sospechosos provenientes de zonas con transmisión autóctona del virus, como Saint Martin/Sint Maarten, los cuales fueron remitidos a Medellín y Bogotá.

Ante la progresión de la transmisión autóctona de la fiebre por Chikungunya en las Américas y teniendo en cuenta que en el país existe una alta infestación de los dos vectores transmisores de la enfermedad, la intensificación de las actividades comerciales, la mayor frecuencia de viajes y el incremento del turismo con diferentes países del Caribe, existen condiciones de vulnerabilidad y receptividad para la introducción del virus en el país.

Por lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, en desarrollo de las funciones establecidas en el Decreto número 3518 de 2006 –*Sistema de Vigilancia en Salud Pública*–, imparten instrucciones de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que deberán acatar los responsables de las mismas, aplicando las siguientes definiciones:

- *Caso sospechoso*: Paciente con fiebre mayor de 38,5°C y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explica por otras condiciones médicas y en quien se ha descartado dengue, y que reside o ha visitado áreas endémicas o epidémicas³ en las que ha sido confirmado Fiebre Chikungunya, durante las dos semanas previas al inicio de los síntomas.

- *Caso confirmado*: Todo caso sospechoso confirmado con cualquiera de las siguientes pruebas específicas para CHIKV:

- Detección de IgM técnica ELISA: Para el adecuado procesamiento de esta técnica, el suero debe tomarse antes del sexto día de inicio de los síntomas.

- Aislamiento viral: Para intentar el aislamiento viral, se debe tomar suero en los primeros ocho días de inicio de los síntomas.

- Detección de ARN viral por RT-PCR en tiempo real: Tomar suero en los primeros ocho días de inicio de los síntomas.

- Aumento de 4 veces el título de anticuerpos específicos para CHIKV, en muestras pareadas.

Al igual que en cualquiera de los demás eventos sujetos a vigilancia, las muestras deben ser remitidas al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) respectivo, de acuerdo a las medidas de bioseguridad y garantizando una temperatura de 4°C hasta por 72 horas.

1. Responsabilidades de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud

a) Liderar y coordinar las acciones requeridas para la vigilancia del evento en jurisdicción;

b) Remitir las muestras requeridas al Instituto Nacional de Salud, a través de los Laboratorios Departamentales de Salud, para la confirmación de los casos sospechosos;

c) Coordinar con los responsables de las acciones de prevención y control la realización de las medidas oportunas para mitigar el riesgo;

d) Promover estrategias de comunicación con el público para reducir la presencia de criaderos y reducir la densidad vectorial, en especial en aquellas áreas en las que está presente el mosquito transmisor de esta enfermedad;

e) Realizar asistencia técnica a los municipios de su jurisdicción ante la detección de casos sospechosos de virus Chikungunya y en la orientación de las acciones oportunas de prevención y control;

f) Concurrir con las Direcciones Municipales/Prestador de Servicios de Salud, en caso de ser requerido;

g) Fortalecer y ejecutar un trabajo integrado entre las áreas de prestación de servicios y salud pública, que facilite el abordaje de esta enfermedad en todas las etapas del ciclo;

h) Reportar de manera inmediata y obligatoria, al Instituto Nacional de Salud – Grupo de Respuesta Inmediata – eri@ins.gov.co / equipoderespuestains@gmail.com y al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social cne@minsalud.gov.co, de conformidad a lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005, la aparición de casos sospechosos, reportados a su vez por los prestadores de servicios de salud.

2. Direcciones Municipales de Salud

a) Realizar asistencia técnica a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio para la capacitación y formación de los equipos de salud que realicen la detección y manejo de casos sospechosos;

b) Proporcionar información técnica al personal de salud relacionada con el tratamiento, diagnóstico de laboratorio, indicaciones de referencia de los pacientes y consejos de salud pública relevantes;

c) Dar orientaciones a laboratorios y bancos de sangre ante la posibilidad de transmisión del virus a través de sangre y hemoderivados;

d) Notificar de inmediato a la Dirección Departamental/Distrital de Salud todo caso sospechoso y coordinar la remisión de las muestras requeridas a través del Laboratorio Departamental de Salud para la confirmación de los casos;

e) Intensificar la vigilancia entomológica estricta en puntos de entrada internacional, medios de transporte y áreas circunvecinas;

f) Intensificar la detección de casos de síndrome febril en puntos de entrada al país como: aeropuertos⁴ y puertos marítimos verificando en tiempo real las declaraciones marítimas de sanidad a bordo y el parte sanitario de declaración general de aeronave, en especial en los vuelos internacionales y embarcaciones procedentes de zonas con circulación del virus. Una vez identificado un caso sospechoso debe ser notificado de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social cne@minsalud.gov.co;

g) Fortalecer la comunicación y coordinación efectiva entre las autoridades de salud pública y los operadores portuarios, para facilitar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) a viajeros y empleados;

h) Realizar acciones de comunicación de riesgo a viajeros que se dirigen o provengan de zonas de riesgo.

3. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades Responsables de Regímenes Especiales y de Excepción

a) Analizar y utilizar la información de la vigilancia epidemiológica para la toma oportuna de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de la población afiliada;

b) Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a apoyar el diagnóstico diferencial por laboratorio de los casos sospechosos de Chikungunya y asegurar las acciones de prevención y control individuales y familiares correspondientes;

c) Suministrar la información de la población afiliada a la autoridad sanitaria competente, acorde a los lineamientos y fines propios del sistema de Vigilancia en Salud Pública;

d) Desarrollar acciones de coordinación y articulación intra, interinstitucionales y transectorial para la formulación y ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada;

e) Realizar procesos de mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública de las IPS de su red contratada;

f) Verificar en los Prestadores de Servicios de Salud, según sus competencias, el adecuado conocimiento en la materia y la existencia de equipamientos, insumos y materiales requeridos, a fin de garantizar una adecuada atención;

g) Realizar, liderar y remitir oportunamente a la entidad departamental o distrital de salud las unidades de análisis de casos con los resultados.

4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas

a) Intensificar la detección de casos de síndrome febril en todas las IPS en particular en aquellas que atienden personal extranjero, teniendo en cuenta las definiciones de caso establecidas en la presente circular;

b) Garantizar la atención integral de los casos, realizando el diagnóstico diferencial: de dengue, malaria, leptospirosis, artritis reumatoidea juvenil, artritis post-infección e infecciones por alfa virus y exantemáticas;

c) Realizar una completa anamnesis e investigación de antecedentes clínico epidemiológico, identificando antecedentes de viaje a áreas con circulación del virus Chikungunya u otros factores de riesgo relacionados con la transmisión de la enfermedad. Además se debe realizar examen físico completo y consignar claramente los hallazgos en la historia clínica para facilitar la evaluación de riesgo;

d) Garantizar la realización de los exámenes paraclínicos de apoyo al diagnóstico y evaluación de la gravedad de los casos;

e. Notificar de inmediato a la Dirección Municipal/Local de Salud todo caso sospecho y coordinar con esta la remisión de las muestras requeridas para la confirmación de los casos;

f) Reportar de manera inmediata a las Direcciones Departamentales y/o Distritales la aparición de casos sospechosos, según el flujo de información establecido para la notificación de los eventos de interés en salud pública;

g) Tomar las medidas de protección individual con los casos hospitalizados y reducir los riesgos institucionales mediante la eliminación de criaderos;

h) Participar de las Unidades de Análisis convocadas por las autoridades locales, departamentales y/o nacionales de salud y aportar la información requerida para caracterización de los casos, o que pueda complementar los estudios de campo requeridos por las autoridades locales y departamentales.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

12 de marzo de 2014.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

El Director General del Instituto Nacional de Salud,

Fernando de la Hoz Restrepo.

(C. F.).

¹ Organización Mundial de la Salud – OMS/ Organización Panamericana de la Salud – OPS. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en la Américas Washington D. C. 2011.

² Organización Mundial de la Salud/ OMS. Actualización Epidemiológica Fiebre por Chikungunya. 24 de enero 2014.

Disponible en: http://www.paho.org/hg/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24019&Itemid=

³ Guadalupe, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, San Bartolomé y San Martín (territorio holandés).

⁴ En algunos no operan IPS sino Sanidad de la Aerocivil.