

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

PAROTIDITIS

Fernando de la Hoz
Director General INS

Mancel Enrique Martínez Duran
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata
en Salud Pública

DOCUMENTO ELABORADO POR

Equipo Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Equipo Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud



Contenido

1. INTRODUCCION.....	2
1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento	2
1.2. Estado del arte.....	3
1.3. Justificación para la vigilancia.....	5
1.4. Usos de la vigilancia para el evento.....	5
2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO.....	5
3. DEFINICIONES	5
4. FUENTES DE DATOS.....	6
4.1. Definición de las Fuentes.....	6
4.2. Periodicidad del reporte	6
4.3. Flujo de la información.	7
4.4. Aseguramiento de la calidad de los datos	9
5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	9
6. ANÁLISIS DE DATOS DE VIGILANCIA	10
7. ORIENTACION DE LA ACCIÓN.....	12
7.1. Acciones Individuales	12
7.2. Acciones Colectivas.....	13
7.3. Acciones de laboratorio:.....	16
8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	20
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
10. CONTROL DE REVISIONES	21
11. ANEXOS	21

1. INTRODUCCION

La parotiditis es de distribución universal, y afecta a ambos sexos por igual. Antes de que se iniciara la vacunación generalizada, 85% de las infecciones se presentaban con más frecuencia en menores de 15 años. En la actualidad, la enfermedad suele ocurrir en jóvenes, produciendo epidemias en universidades o en lugares de trabajo. Las epidemias parecen relacionarse con la falta de inmunización, más que con la disminución de la inmunidad. En los países donde no se aplica la vacuna, la incidencia es alta, con picos epidémicos cada dos a cinco años, siendo los niños de 5 a 9 años los más afectados.

Desde la introducción de la vacuna contra la parotiditis, la incidencia de la enfermedad ha disminuido en forma notable, sin embargo, aparecen brotes esporádicos en poblaciones con alta tasa de vacunación, y esto se explica por la transmisión entre pocas personas no protegidas o no reactivas a la vacuna, y cuyas cifras se desconocen con certeza.

A nivel mundial, 57% de los países usa la vacuna contra la parotiditis de forma rutinaria, y 43% no la incluye en sus esquemas de vacunación, principalmente los países de Asia y África. En los esquemas de vacunación, 20 países incluyen una dosis de vacunación y 89 de ellos dos dosis. La efectividad de la vacuna es de aproximadamente 80% para una dosis, y de 90% tras dos dosis; es por esto que en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas.

Antes de la introducción de la vacuna, en el periodo de 1991 a 1994, se reportaban incidencias promedio de 48,7 por 100.000 habitantes. En los años siguientes se observó un descenso en la incidencia, pasando de 47 por 100.000 habitantes en 1995, a 4 por 100.000 habitantes en 1999.

En el último quinquenio se han reportado un total de 8.130 casos de parotiditis, con un promedio de 1.626 casos por año. La incidencia promedio de la población general fue de 3,4 por 100.000 habitantes.

Teniendo en cuenta que la parotiditis ingresa al sistema de vigilancia epidemiológica como confirmado clínicamente, es posible que se estén notificando cuadros clínicos con cuadro parecido, sin que sean necesariamente cuadros causados por el virus de la parotiditis, lo que nos podría estar aumentando el número de casos año tras año. Lo anterior hace necesario fortalecer la vigilancia del evento para mejorar la especificidad del sistema de vigilancia.

1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento

1.1.1. Caracterización epidemiológica

El virus de las paperas es la única causa conocida de la parotiditis epidémica. Históricamente la incidencia pico de las paperas ha sido entre enero y mayo, y en niños

menores de edad. En Estados Unidos, entre 2000 y 2005, dada la introducción de la vacuna, ya no era tan evidente la estacionalidad de esta enfermedad, reportándose menos de 300 casos por año (incidencia de 0,1 casos por 100.000 habitantes). A principios de 2006 ocurrió un brote de paperas a gran escala en el oeste medio de Estados Unidos, con 6584 casos reportados (incidencia de 2,2 casos por 100.000 habitantes). La mayoría de los casos ocurrieron entre personas de 18 a 24 años de edad, muchas de las cuales eran estudiantes universitarios que habían recibido 2 dosis de vacuna contra paperas. Otro brote ocurrió en 2009 y 2010, afectó más de 3500 personas, lo cual hace pensar en una alta probabilidad de aparición de casos en personas que hayan recibido 2 dosis de vacuna pero que no están 100% cubiertas.

1.2. Estado del arte

1.2.1. Descripción del evento

Enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, aumento de volumen y dolor al tacto de una o más de las glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares. En un tercio de las infecciones, no se presenta aumento aparente de las glándulas salivales. No todos los casos de parotiditis son causados por infección debida al virus de las paperas; existen otros agentes que causan inflamación de las parótidas sin originar parotiditis en escala epidémica. Como complicación puede presentarse orquitis en 20 y 30% de los hombres, siendo ésta la complicación extra parótida más frecuente y ooforitis en las mujeres en las que la esterilidad es una secuela rara. También se puede observar meningitis aséptica, casi siempre sin secuelas y de forma asintomática en un porcentaje menor. Otras complicaciones excepcionales pueden ser artritis, tiroiditis, mastitis, glomerulonefritis, miocarditis, fibroelastosis endocárdica, trombocitopenia, ataxia cerebelar, mielitis transversa, encefalitis, pancreatitis, ooforitis, y trastornos auditivos irreversibles, siendo esta última la causa más frecuente de pérdida auditiva neurosensorial unilateral en el niño; la incidencia estimada de pérdida auditiva es de 5 por cada 10.000 casos.

Durante el primer trimestre del embarazo existe el riesgo de aborto espontáneo, y no hay evidencias de que la enfermedad produzca malformaciones congénitas.

La enfermedad produce inmunidad de por vida y se considera que 80% o más de los adultos en áreas urbanas o suburbanas, con o sin historia de parotiditis, tiene evidencia serológica de inmunidad.

En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones incluye la vacuna triple viral para los niños y niñas de un año, y el refuerzo a los 5 años (a partir del 2003) según su esquema de vacunación (ver tabla siguiente):

Esquema de vacunación – PAI			
VACUNA	Enfermedad que previene	Dosis y edad	Sitio de aplicación
TRIPLE VIRAL	Sarampión Parotiditis Rubéola	Primera dosis: 12 meses de edad. Refuerzo: a los 5 años de edad	Subcutánea en brazo izquierdo

La vacuna con virus vivos atenuados de parotiditis es muy eficaz, produce un incremento importante de los anticuerpos contra la parotiditis, y alcanza una protección entre 75 y 95%. Así mismo, eleva los valores de anticuerpos en los individuos seropositivos. La incidencia de reacciones adversas depende de la cepa del virus de parotiditis utilizada para preparar la vacuna; sin embargo, en general las complicaciones son raras, y se ha documentado que cerca de 1% de los vacunados puede presentar parotiditis unilateral.

Si bien no se ha establecido el valor de la vacuna después de la exposición, su aplicación no se encuentra contraindicada, sin embargo se recomienda tener en cuenta los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación (ESAVI), como meningitis aséptica a los vacunados con las cepas Urabe y Leningrad-Zagreb.

No se debe aplicar en casos de reacciones de hipersensibilidad importante al huevo y a la neomicina, en casos de inmunosupresión o inmunodeficiencia activa; sin embargo, se recomienda aplicarla a portadores asintomáticos del VIH, porque el riesgo y los efectos de una enfermedad natural son mayores.

Aunque no están demostrados los efectos teratogénicos de esta vacuna, no se recomienda su aplicación en mujeres embarazadas. Si ocurre vacunación inadvertida durante el embarazo, se debe notificar a la autoridad de salud correspondiente y hacer un seguimiento de la madre y del producto de la gestación.

En pacientes que hayan recibido inmunoglobulinas o derivados sanguíneos, debe darse un tiempo suficiente para que se disminuyan los anticuerpos adquiridos por la inmunidad pasiva, y a que haya una adecuada respuesta a la vacuna. Este intervalo oscila entre 3 y 6 meses a criterio del médico y ante la posibilidad de un brote epidémico, puede aplicarse en estos pacientes una dosis adicional de vacuna.

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, se han descrito tasas más altas de meningitis aséptica para las vacunas derivadas de las cepas Urabe, Leningrad-Zagreb y Leningrad-3, que para la vacuna derivada de la cepa Jeryl-Lynn.

Parte de la variabilidad observada en el riesgo de meningitis aséptica tras el uso de vacunas contra la parotiditis, derivadas de diversas cepas, puede deberse a la existencia de individuos previamente inmunizados, en particular en grupos de mayores edad. De igual forma no está documentado ningún caso de meningitis aséptica tras la vacunación con la cepa Jeryl-Lynn.

El reconocimiento de la aglomeración de casos de meningitis aséptica se ha podido ver potenciado durante las campañas de inmunización masiva, debido a la mayor sensibilidad de la vigilancia de los acontecimientos adversos tras la vacunación. Esto se ha observado con las cepas Urabe y Leningrad–Zagreb.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Es un virus RNA, encapsulado, de tipo Paramyxovirus, de la familia Paramyxoviridae.
Modo de transmisión	Por vía aérea y contacto directo con la saliva de una persona infectada.
Período de incubación	De 16 a 18 días, con un rango entre 14 a 25 días.
Período de transmisibilidad	El virus ha sido aislado de la saliva desde 7 días antes, hasta 9 días después del inicio de la parotiditis.

1.3. Justificación para la vigilancia

La efectividad de la vacuna es de aproximadamente 80% para una dosis, y de 90% tras dos dosis; es por esto que en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas, por tal razón la vigilancia de este evento permite observar la distribución y comportamiento de este evento actualmente prevenible, con el fin de establecer y detectar casos, brotes, evaluar complicaciones y trazar mecanismos de control y prevención

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de parotiditis, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO

- Caracterizar el comportamiento de parotiditis en tiempo, lugar y persona
- Evaluar los indicadores de vigilancia del evento
- Determinar la incidencia de parotiditis

3. DEFINICIONES

3.1 Definición operativa de caso

Paciente con cuadro clínico agudo caracterizado por fiebre, cefalea, vómito, edema e inflamación unilateral o bilateral de las glándulas parótidas o salivales, de duración igual o mayor a dos días, sin otra causa aparente.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado clínicamente	Paciente que cumple con el cuadro clínico descrito para parotiditis, sin otra causa aparente.

4. FUENTES DE DATOS

4.1. Definición de las Fuentes

Las estrategias básicas en la notificación individual de casos que incluye:

- Notificación individual de casos confirmados clínicamente
- Búsqueda por fuentes secundarias: búsqueda activa institucional (BAI), Búsqueda activa comunitaria (BAC)

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (DVARSP), orientar y coordinar las labores técnicas y científicas relacionadas con el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- de acuerdo con la normativa vigente. Se consideran actores del sistema a los siguientes:

- Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSPS): Centro Nacional de Enlace (CNE), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Instituto Nacional de Salud: Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (DVARSP), Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública y Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata (GGRRI), Grupo Vigilancia de Inmunoprevenibles.
- Unidades notificadoras: Entidades sanitarias territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.
- Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD): Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.
- La comunidad
- Organizaciones No Gubernamentales.

4.2. Periodicidad del reporte

NOTIFICACIÓN	RESPONSABILIDAD
Notificación individual	Todos los casos de parotiditis confirmados clínicamente deben ser notificados de manera semanal, a todos los niveles, en la ficha única de notificación de datos básicos.
Notificación semanal	Los casos confirmados de parotiditis deben reportarse semanalmente, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, a la unidad

NOTIFICACIÓN	RESPONSABILIDAD
	notificadora municipal, la que a su vez reporta a la departamental, y ésta al Instituto Nacional de Salud.
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos que fueron notificados como confirmados de parotiditis pero que al final correspondían a otra enfermedad, se deben descartar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

4.3. Flujo de la información.

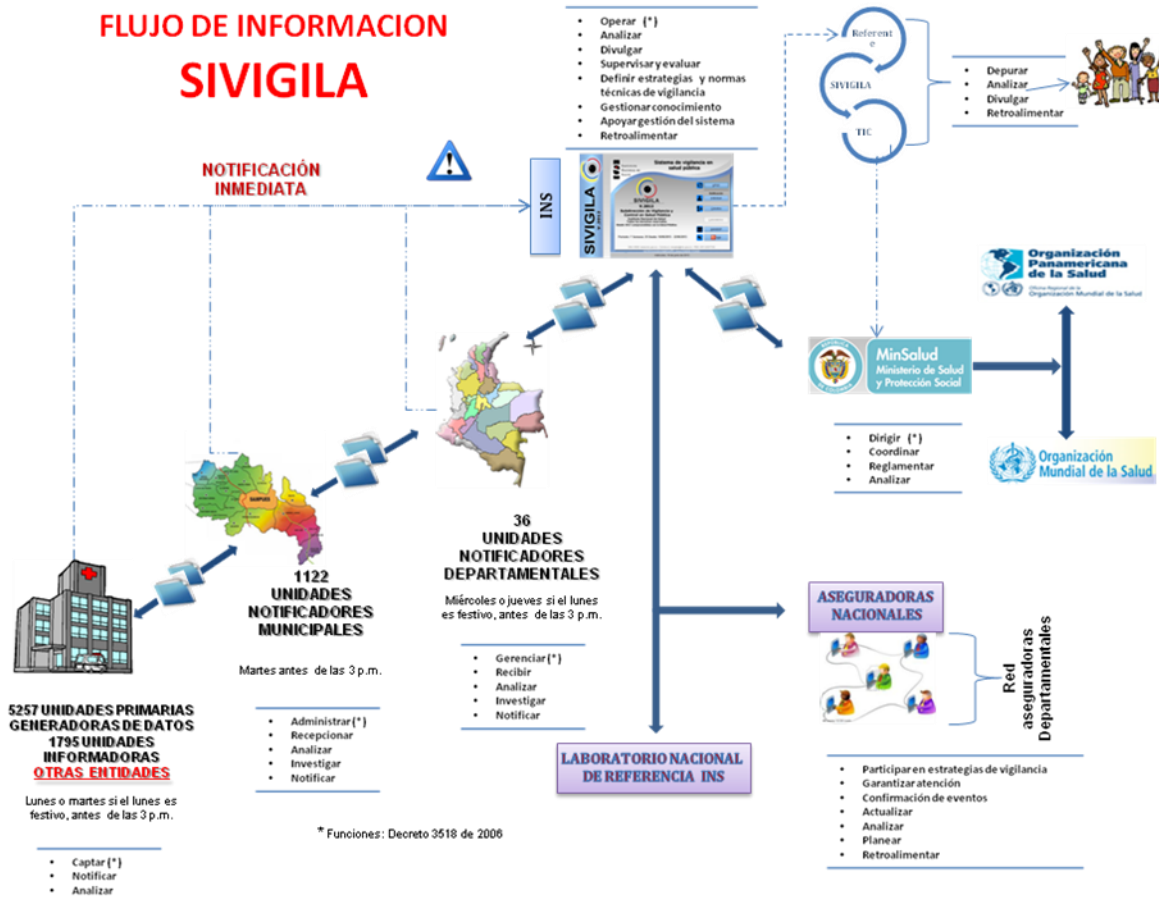
Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas, y deben estar contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información, para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control, podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso. Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

El flujo de la información se inicia desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía realimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

En concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del año 2005, se debe notificar de manera inmediata al CNE, toda la información de alertas, situaciones de emergencia o brotes que se presenten en el territorio nacional siguiendo las indicaciones del anexo II del RSI.



4.3.1. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La investigación minuciosa de la parotiditis puede proporcionar información útil sobre los factores que podrían haber facilitado la circulación del virus. La investigación puede ayudar a determinar los factores de riesgo de contraer la enfermedad y proporcionar información sobre los grupos de edad más afectados en nuestro país.

Para obtener mayores beneficios de la investigación y las actividades de control de brotes, se recomienda publicar los datos sobre el brote y las conclusiones extraídas en forma de boletín, que debe incluir como mínimo: introducción, métodos de vigilancia, descripción del brote, análisis del brote, medidas de control, problemas, conclusiones y recomendaciones.

Cuando sea necesario se deben generar alertas locales, regionales o nacionales para informar sobre la situación y las medidas preventivas que se deben implementar en la comunidad médica, población a riesgo o población general.

4.4. Aseguramiento de la calidad de los datos

4.4.1. Variables mínimas requeridas para cumplir con los objetivos

Los datos requeridos para el cumplimiento de los objetivos de la vigilancia de parotiditis son:

- Fecha de notificación
- Nombre del caso
- Edad y sexo
- Fecha de nacimiento
- Fecha de inicio de síntomas
- Área de ocurrencia
- País de procedencia del caso
- Departamento y municipio de procedencia
- Departamento y municipio de residencia
- Departamento y municipio que notifica
- Fecha de hospitalización
- Fecha de defunción
- Pertenencia étnica
- Régimen de salud y código de EAPB

5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Periodicidad y permanencia de la recolección: La vigilancia funcionará de manera permanente con recolección diaria de los datos.

Cobertura: la vigilancia de parotiditis tendrá cobertura nacional.

Tipo de recolección: se almacenará en bases de datos de Excel. La recolección de datos será activa y pasiva.

5.1. Procesamiento de los datos

Se utilizarán medidas de tendencia central como medias, medianas y rangos. Se procesarán los datos sobre fecha de vacunación, fecha de inicio de síntomas, fecha de toma de muestras, fecha de recepción de muestras en el laboratorio y fecha de procesamiento de las muestras.

Se generarán tablas con información de departamentos que notifican casos, y por departamento de procedencia de los mismos, tablas que contengan datos socio-demográficos, clínicos y epidemiológicos. Se construirán gráficos sobre la notificación por semana epidemiológica, grupos de edad, tendencia, cumplimiento de indicadores por departamento.

Se utilizará el aplicativo Sivigila para procesamiento de variables demográficas, clínicas y

epidemiológicas. Se utilizará el software MESS de la OPS para procesamiento de datos que permitan generar los indicadores de vigilancia a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

6. ANÁLISIS DE DATOS DE VIGILANCIA

Se deben analizar los datos de las fichas de notificación, y de los informes de investigación de casos y de campo

Distribución según la edad: la distribución de los casos según la edad, permite a las autoridades sanitarias detectar cualquier cambio en la epidemiología de estas enfermedades, y decidir los grupos de edad a los cuales se debe vacunar.

Localización geográfica: se debe indicar en un mapa la localización de los casos según su lugar de residencia (o procedencia), y comparar esta información con los datos sobre cobertura de la vacunación y unidades notificadoras del sistema de vigilancia. Estos mapas pueden ser útiles para actividades de coordinación como, por ejemplo, determinar los lugares de vacunación.

Fuente de la infección: esta información ayuda a detectar las áreas donde se detectó la circulación del virus de parotiditis.

Fuente de la notificación: ayuda a establecer si se necesitan mejoras con respecto al personal que notifica los casos sospechosos. Por ejemplo, si sólo se notifican casos en los centros de salud públicos, se necesitará un mayor contacto con los médicos particulares y las clínicas privadas.

Antecedentes de vacunación de los casos: es indispensable disponer de información exacta sobre los antecedentes de vacunación de los casos confirmados para evaluar la efectividad de las vacunas y detectar posibles problemas en la cadena de frío.

6.1. Indicadores

Para garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se debe revisar en forma sistemática y con regularidad, el conjunto de indicadores formales. El objetivo y descripción de cada uno de estos indicadores se detallan a continuación.

Nombre del indicador	Proporción de incidencia
Definición	Se define como el número de casos nuevos de parotiditis que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Evaluar el ritmo de desarrollo de nuevos casos de parotiditis Riesgo de estar enfermo Evaluar la magnitud del evento

Definición operacional	Identificar grupos de edad vulnerables, que requieren control y seguimiento Numerador: Número de casos nuevos de Parotiditis notificados en el periodo ____. Denominador: Población expuesta al riesgo de enfermar por parotiditis en el periodo (población general, población menor de cinco años, población menor de un año, nacidos vivos).
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos Población por grupos de edad, zona y sexo, fuente DANE
Interpretación del resultado	En el periodo __ se notificaron __ casos nuevos de Parotiditis por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.
Meta	No aplica
Aclaraciones	La incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración

Nombre del indicador	Letalidad
Definición	Determina la probabilidad de morir a causa de parotiditis o la proporción de muertes a causa de una enfermedad
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Evaluar la severidad de parotiditis. Establecer medidas de control. Identificar grupos vulnerables.
Definición operacional	Numerador: Defunciones por Parotiditis registradas en un lugar en periodo de tiempo dado Denominador: Enfermos de Tosferina en ese lugar, en tiempo dado**.
Coeficiente de multiplicación	De acuerdo a la interpretación: 1000 /100 Probabilidad 1
Fuente de información	Archivos planos, total casos por evento y entidad territorial.
Interpretación del resultado	La probabilidad de morir a causa de Parotiditis en __ lugar es de __. Por cada 1000 / 100 casos de Parotiditis, __ mueren por esa causa.
Nivel	Nacional, departamental, municipal
Meta	No aplica
Aclaraciones	Aplica para evaluar el impacto de cada evento en términos de mortalidad. El indicador puede construirse según género, edad, grupo poblacional.

Nombre del indicador	Incidencia de Parotiditis en menores de 5 años
Tipo de Indicador	Impacto
Definición	Se define como el número de casos nuevos de Parotiditis que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Determinar la magnitud y caracterizar el evento en la población menor de cinco años.
Definición operacional	Numerador: Número de casos confirmados nuevos de Parotiditis en menores de 5

	años. Denominador: Población menor de cinco años.
Coefficiente de multiplicación	100000
Fuente de información	Sivigila y población DANE.
Interpretación del resultado	Por cada 100000 menores de cinco años de la entidad territorial __ se presentaron ____ casos de Parotiditis
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	0%
Aclaraciones	Filtrar el número de casos según edad, incluyendo en el numerador solamente el número de casos presentados en menores de 5 años

7. ORIENTACION DE LA ACCIÓN

7.1. Acciones Individuales

Aislamiento domiciliario de todos los casos confirmados por clínica mínimo 9 días a partir del inicio de la inflamación. Si el o los pacientes hacen parte de la población privada de la libertad, debe garantizarse el aislamiento por el personal de salud de la entidad. Si el o los casos se presentan en fuerzas especiales (policía, sanidad militar u otros), se debe acondicionar dentro de la institución un lugar para el respectivo aislamiento donde se garanticen las condiciones higiénicas para asegurar su exitosa recuperación y evitar la aparición de nuevos casos.

- La notificación de casos confirmados por clínica es obligatoria.
- El diligenciamiento del total de las variables de los datos básicos es obligatorio e indispensable.
- El proceso de vigilancia debe orientar acciones de control inmediatas que eviten la aparición de nuevos casos.
- En el estudio de laboratorio se deben recolectar muestras **UNICAMENTE** ante la presencia de brotes, siguiendo los lineamientos establecidos por el Laboratorio de Virología del INS (ver recomendaciones para el diagnóstico de parotiditis).
- Manejo ambulatorio u hospitalario, este último sólo es indicado en casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de complicación (tratamiento sintomático, en la mayoría de casos con analgésicos y antipiréticos, y aislamiento respiratorio, que debe mantenerse hasta por 9 días desde el inicio de la inflamación).

Para evitar la propagación del virus de parotiditis, durante el tiempo de aislamiento se debe tener en cuenta:

- restringir totalmente el contacto con gestantes, menores de 10 años, personas mayores de 60 años, personas con cáncer, VIH, leucemia y falla renal.
- realizar un proceso de desinfección general, principalmente de los baños, objetos utilizados, como menaje y elementos de uso común.

- implementar el lavado de manos frecuente con agua y jabón abundante.
- mantener adecuada ventilación.
- suministrar información a todos los contactos de los casos sobre la enfermedad y la importancia de la consulta en caso de síntomas.

En el ámbito hospitalario:

Se deben tener en cuenta las precauciones universales y de aislamiento (9 días). Está demostrado que la higiene de manos es la estrategia más sencilla y efectiva en la reducción de infecciones, ya que las manos se consideran la principal vía de transmisión de microorganismos durante la atención en salud. La higiene de manos se realiza frotando las manos con una solución a base de alcohol, siempre y cuando las manos no estén visiblemente sucias. Si las manos están visiblemente sucias o visiblemente contaminadas con sangre u otros fluidos corporales o después de ir al baño, es necesario lavarse las manos con agua y jabón.

Precauciones de aislamiento por gotas: corresponden a la clasificación de aislamiento respiratorio donde la transmisión es generada por gotas de más de 5 micras, y no se desplazan a más de un metro. Se deben tener en cuenta las siguientes especificaciones:

- Tener un cuarto aislado, teniendo en cuenta que pacientes con el mismo microorganismo pueden compartir la habitación.
- Higiene de manos cumpliendo con los 5 momentos.
- Ubicar al paciente a una distancia no menor de un metro de los otros pacientes
- Utilizar mascarilla para estar a menos de un metro del paciente o para realizar cualquier procedimiento.
- El transporte del paciente debe ser limitado, y en caso de ser necesario se debe utilizar mascarilla
- La bata y los guantes se utiliza si existe riesgo de salpicadura.
- Los artículos contaminados deben ser limpiados y desinfectados.
- Las visitas deberán ser restringidas y orientadas a garantizar las precauciones.

7.2. Acciones Colectivas

Búsqueda activa de casos y contactos

- Proceder a la visita del hogar, avisando previamente y buscando que las personas residentes se encuentren en la vivienda.
- Verificar el cuadro clínico.
- Relacionar todos los contactos domiciliarios y laborales en la tabla de censo domiciliario (como mínimo debe contener fecha de investigación, investigadores responsables, residencia o institución investigada, barrio o área, número de identificación, nombres y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, malestar general, tumefacción, hinchazón, vomito, cefalea, dolor garganta, fiebre, otros: cual?, fecha inicio síntomas, contacto reciente con otros casos, asistencia a eventos masivos en los que ha participado últimamente, personas con inmunodeficiencias (leucemias, tumores, infección por VIH), contacto con menores de 1 año, contacto con mujeres embarazadas (semanas de gestación), entre otras.

- Elaborar un cronograma diario de los desplazamientos del caso durante los 14 a 25 días previos a la aparición de la inflamación, y hasta 9 días después, con el objetivo de establecer posibles sitios de contagio.
- Realizar el seguimiento de contactos hasta por 3 periodos de incubación, con el fin de verificar la aparición o no de nuevos casos.
- Verificar el estado vacunal del caso y de los contactos.
- Indagar en las viviendas situadas alrededor de la casa del caso, y la aparición de sintomáticos.
- Realizar monitoreo rápido de coberturas -MRC- como herramienta de evaluación de las intervenciones. Este debe realizarse en cinco manzanas (incluida la del caso) en el área de ocurrencia si es urbano, y en toda la vereda si es rural. Encuestar mínimo 20 viviendas y 25 niños menores de cinco años.
- Si se verifica que es un brote, siga la indicaciones de respuesta de un brote de parotiditis.

7.2.1. Contactos cercanos

Los contactos son todas las personas que viven en la misma casa o que estuvieron en contacto con el caso durante el período infeccioso (desde siete días antes de la inflamación hasta nueve días después). Estos contactos pueden ser familiares, escolares, laborales o sociales.

Frente a la aparición de signos clínicos de parotiditis el contacto debe permanecer aislado en casa por 9 días, si el paciente

No debe ir a la escuela, al preescolar, al trabajo, a la iglesia, a clubes, a reuniones, a fiestas, etc.

7.2.2. Respuesta a un brote de parotiditis

Cuando se confirma un caso por clínica, y se sospecha de brote, se debe iniciar una investigación minuciosa e iniciar las actividades de control de brotes sin esperar a la confirmación de laboratorio. Una vez se establezca la presencia de un brote, la dirección municipal o distrital de salud debe iniciar las siguientes actividades:

- a. Cumplir con todas las acciones individuales
- b. Recolectar muestras de 5 a 10 pacientes sintomáticos diagnosticados en un brote, incluyendo de ser posible el caso índice. No se realizará el diagnóstico de todos los casos sospechosos, únicamente se procesarán muestras representativas de los brotes que se presenten.
- c. Implementar medidas de control.
- d. Generar una alerta a los municipios contiguos para que evalúen nuevos casos e inicien las medidas de control.
- e. Notificar oportunamente todos los casos confirmados por clínica al SIVIGILA.
- f. Establecer definiciones de caso para la investigación del brote.
- g. Identificar de nuevos casos mediante búsqueda activa.

- h. No vacunar individuos que estén cursando con sintomatología compatible con parotiditis.
- i. Capacitar al personal de salud sobre las reacciones adversas seguidas a la vacunación.
- j. Crear plan de contingencia para seguimiento de eventos supuestamente atribuidos a vacunación, y resaltar la importancia en eventos adversos como meningitis aséptica a los vacunados con las cepas Urabe y Leningrad–Zagreb.
- k. Seguir las acciones de vacunación según lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de la Protección Social.
 - Realizar evaluación de la cobertura de vacunación con triple viral alrededor del caso índice o del brote, tanto de primeras dosis y primer refuerzo, y vacunar a los contactos mayores de un año y menores de 6 años, según el esquema actual de vacunación.
 - En la población mayor de 6 años, si bien no se ha establecido el valor de la vacunación después de la exposición, su aplicación no se encuentra contraindicada, sin embargo se recomienda contemplar los ESAVI.
- l. Elaborar y enviar informes de 24 horas, 72 horas y final al INS. Estos deben contener:
 - 1. Antecedentes.
 - 2. Métodos usados en terreno.
 - 3. Aspectos éticos.
 - 4. Resultados obtenidos en terreno.
 - 5. Discusión.
 - 6. Conclusiones.
 - 7. Acciones de prevención y control, y recomendaciones
 - 8. Planes
 - 9. Bibliografía

7.2.3. Investigación del brote

- Definición del territorio epidémico: Lugar exacto de la producción de los casos y características del territorio; descripción detallada de la familia, colegio, lugar de trabajo o lugar de concentración de la población cautiva.
- Identificación del caso índice: determinar el primer caso que presente los síntomas, y siempre que sea posible se intentará confirmar por laboratorio.
- Descripción detallada de la distribución de los casos en el tiempo (delimitación temporal), para determinar el período de tiempo de duración de la epidemia. Se considerarán los conceptos de caso índice y último caso.
- Se definirá como último caso a aquel que presente los síntomas, y tras él no ocurran casos nuevos en 3 periodos de incubación.
- Descripción en términos de edad, sexo, síntomas presentados (fiebre, tumefacción), complicaciones (orquitis, meningitis, meningoencefalitis, pancreatitis, entre otras), e identificación de individuos susceptibles mediante calendario vacunal (considerando como vacunados a todos los que tenían el antecedente en su historia clínica o en su carné de vacunación dosis primaria y refuerzo de triple viral, con fecha y sello del centro de salud).

- Descripción del patrón clínico epidemiológico, el cálculo de la prevalencia y conocer la tasa de ataque secundario del brote.
- Factores que facilitan la transmisión de la enfermedad.
- Conclusiones y recomendaciones

7.2.4. Búsqueda activa institucional (BAI)

El inicio de una estrategia de búsqueda activa en las IPS es útil para explorar la aparición de casos de parotiditis que no se han reportado o detectado en el sistema. Esta estrategia debe realizarse ante la presencia de un brote con la intención buscar casos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud alrededor del sitio de residencia o municipio, en donde se han identificado casos confirmados clínicamente.

Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) para Búsqueda Activa Institucional de casos parotiditis.

DIAGNÓSTICO	CIE 10
Meningitis por parotiditis (g02.0*)	B260
Encefalitis por parotiditis (g05.1*)	B261
Pancreatitis por parotiditis (k87.1*)	B262
Parotiditis infecciosa con otras complicaciones	B268
Parotiditis sin complicaciones	B269
Orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso	N459
Absceso periamigdalino	J36
Abscesoretrofaringeo y parafaringeo	J390
Otros abscesos de la faringe	J391
Absceso de glándula salival	K113
Enfermedad de glándula salival. No especificada	K119
Celulitis y absceso de boca	K122
Otras enfermedades de las glándulas salivales	K118

7.3. Acciones de laboratorio:

Criterios

Las acciones de laboratorio que se deben realizar UNICAMENTE ante la presencia de brotes, recolección de muestras de 5 a 10 pacientes sintomáticos diagnosticados en un brote, incluyendo de ser posible el caso índice. Para un adecuado diagnóstico virológico y serológico, se deben recolectar las siguientes muestras:

Muestras para diagnóstico serológico

Se requiere recolectar una muestra de sangre en tubo seco o con gel de separación, dejar coagular y posteriormente separar el suero. A partir del suero se pueden hacer pruebas para detección de anticuerpos IgM e IgG.

Para detección de IgM, la muestra debe recolectarse hasta 30 días después del inicio de síntomas. Cuando se quiera hacer detección de IgG, se deben trabajar sueros pareados del mismo paciente, recolectadas con 15 días de diferencia entre la primera y la segunda muestra.

Muestras para detección viral

Para lograr identificar el virus se pueden recolectar diferentes muestras; entre más pronto se recolecte estas muestras, hay mayor probabilidad de identificar el virus.

- Hisopado bucal: usar un escobillón de poliéster o nylon. Alternativamente se pueden usar escobillones de algodón, pero no es lo ideal.
 - Masajee el área de la glándula parótida (adelante de la oreja y cerca del ángulo del maxilar) durante 30 segundos.



- Recolecte fluido realizando un frotis de la parte superior cavidad bucal en el espacio que queda entre la mejilla y los molares; el ducto de la glándula parótida drena la saliva justo en esta área, hacia la corona del segundo molar superior. Para esto, frote el escobillón (como haciendo un barrido) en la parte más superior de la encía sobre los molares superiores.
 - Coloque el escobillón en un vial estéril que contenga medio de transporte viral (1-2 ml). De manera opcional, se puede utilizar solución salina estéril.
 - Deje unos minutos el escobillón dentro del medio. Luego agítelo fuertemente en el medio, y escurra muy bien el escobillón con el borde interno del vial intentando desprender/liberar todo el material recolectado en el frotis.
- Hisopado faríngeo: usar un escobillón de poliéster o nylon, si no se tienen disponibles, se pueden usar escobillones de algodón, aunque no es lo ideal.
 - Frote con el escobillón el área de la faringe.
 - Coloque el escobillón en un vial estéril que contenga medio de transporte viral (1-2 ml). De manera opcional, se puede utilizar solución salina estéril.

- Deje unos minutos el escobillón dentro del medio. Luego agítelo fuertemente en el medio, y escurra muy bien el escobillón con el borde interno del vial intentando desprender/liberar todo el material recolectado en el frotis.
- Orina:
 - Recolecte una muestra de orina en cualquier hora del día en un recipiente adecuado para tal fin (plástico, boca ancha, tapa rosca).
 - Tan pronto como sea posible, se debe centrifugar la orina (2000 rpm x 15 min a 4°C), y re suspender el sedimento en 1.5-2.5 ml de medio de transporte viral.

Lo ideal es recolectar los 3 tipos de muestras mencionados: suero, orina y alguno de los hisopados, teniendo en cuenta los tiempos oportunos de recolección de cada una de las muestras.

Todas las muestras para serología o aislamiento deben mantenerse refrigeradas después de la recolección, y pueden enviarse al laboratorio de referencia lo más pronto posible (Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital), cumpliendo con las condiciones adecuadas para transporte de material potencialmente infeccioso, y a temperatura de refrigeración (2 a 8 °C).

Es importante que las muestras recolectadas sean identificadas muy claramente en el vial o frasco correspondiente, marcándolas con el nombre del paciente y el tipo de muestra. Además, las muestras deben ser remitidas acompañadas de la ficha epidemiológica y con la siguiente información:

- Nombre o Identificación del paciente
- Edad
- Fecha de inicio de pródromos (fiebre, malestar)
- Fecha de inicio de síntomas específicos
- Síntomas presentados
- Antecedente de vacunación con Triple Viral
- Muestra(s) recolectada(s)
- Fecha de recolección de muestra(s)

Los resultados de las muestras serán remitidos a laboratorio de salud pública de cada entidad territorial, con el fin de que sean retroalimentados al equipo de salud pública territorial.

Pruebas disponibles para diagnóstico de Infección por virus causantes de Parotiditis

Prueba	Muestra	Tiempo óptimo recolección muestra	Ventaja	Desventaja
Detección de anticuerpos IgM	Suero	Máximo 30 días después del inicio de síntomas	Técnica sencilla y económica	Tasa alta de falsos negativos en pacientes con antecedente de vacunación, por lo cual un resultado negativo no es concluyente.
Cuantificación de anticuerpos IgG	Sueros pareados	La 2ª muestra se debe recolectar 15 días después de la 1ª	Técnica sencilla y económica	Requiere sueros pareados
Detección del virus por RT-PCR convencional	Hisopado bucal	Hasta 9 días después del inicio de síntomas	Un resultado positivo es muy confiable, es concluyente. Permite hacer genotipificación y epidemiología molecular	Un resultado negativo no es concluyente, ya que la sensibilidad se ve influenciada por el tiempo de recolección de la muestra con respecto al inicio de síntomas, y por la calidad de la muestra (recolección, transporte, mantenimiento, etc). Técnica más costosa.
	Hisopado faríngeo	Hasta 9 días después del inicio de síntomas		
	Orina	Hasta 14 días después del inicio de síntomas		

Muestra ideal: hisopado bucal en los 5 primeros días.

Criterios para confirmación por laboratorio de brotes

Se confirma el brote con un caso confirmado con los siguientes criterios:

- RT-PCR positiva
- IgM positiva
- Aumento significativo de título de anticuerpos IgG en sueros pareados

Algoritmo de diagnóstico:

En pacientes con muestras para serología y detección viral, se realizarán inicialmente pruebas de RT-PCR. Si se tiene un resultado positivo, no es necesario realizar más pruebas. Si los resultados son negativos, se realizará la prueba de IgM, y de ser necesario y posible, la IgG. En pacientes que solo tengan muestra de suero, solo se realizará la prueba de IgM.

8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Medidas de control social: buscan vincular a la comunidad en las acciones de prevención, control y vigilancia en salud pública, para evitar el aumento de casos y complicaciones por parotiditis.

Participación social / educación

Pretende comprometer a las autoridades locales para que desarrollen la gestión intersectorial necesaria, con el fin de optimizar recursos y aglutinar todos los esfuerzos posibles en la prevención y control de parotiditis.

Comunicación social

Generación de piezas educativas, que a través de los medios de comunicación alerten sobre signos y síntomas de la enfermedad

Medidas sobre los servicios de salud: Ante una situación epidémica es necesario implementar un mecanismo que garantice el mejoramiento de la calidad del recurso humano para detectar y tratar los casos de parotiditis, así como reforzar o actualizar al personal en las definiciones y los mecanismos para el diagnóstico definitivo, garantizar la adecuada atención de los casos en términos de calidad y oportunidad, y orientar a las personas para que asistan oportunamente a los servicios de salud en los casos en que se realiza búsqueda activa de casos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COID. Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Estadounidense de Pediatría. El Libro Rojo de Pediatría. Edición: 29ª. 2012.
2. Benenson, A. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles. OPS. Publicación científica No.564. 1997.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Case definition for infectious conditions and public health surveillance. MMWR 1997; 46(No.RR-10).
4. Chin, J. El control de las Enfermedades Transmisibles. OPS. Publicación Científica y Técnica No. 581. 2001.
5. Fauci, A. Harrison Principios de Medicina Interna. McGraw Hill Interamericana. 1998.
6. Organización Mundial de la Salud. Mumps. www.who.int. 2000.
7. Manual de vacunas en pediatría, Asociación Española de Pediatría, segunda edición latinoamericana, España, 2002.

10. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2011	07	15	Creación del documento	Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria
01	2014	06	11	Actualización de conceptos, normatividad y formato.	Orlando Castillo Líder equipo Inmunoprevenibles

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco	Máncel Enrique Martínez Durán
Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. ANEXOS

Ficha de notificación ubíquela en el siguiente link.

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/DATOS%20BASICOS.pdf>