
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---	--	--	--

PAGINA 1 DE 6

## ACTA DE REUNIÓN

Nombre: **COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DISTRITAL**

Dependencia	Proceso
Área de Vigilancia en Salud Pública	Vigilancia de Eventos prevenibles por vacuna

### ASISTENTES

#### [Anexo listado de asistencia a reuniones 114-MEC-FT-002](#)

<b>Objetivo de la Reunión</b>	<b>Fecha de la reunión:</b> Agosto 13 de 2014
Brindar a los asistentes herramientas conceptuales para el fortalecimiento de la vigilancia de varicela en el D.C, generando un espacio de discusión en torno a la disponibilidad de vacuna contra esta enfermedad.	<b>Lugar:</b> Auditorio Clínica Colsubsidio
	<b>Hora:</b> 8am-12:30pm
	<b>Notas por:</b> ESE Usaquén
	<b>Próxima Reunión:</b> N/A
	<b>Quien cita:</b> N/A

### TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN\*

Se inicia con la lectura del acta anterior priorizando los compromisos adquiridos y encontrándose dichos compromisos cumplidos a la fecha.

#### **Tema 1. Varicella Vaccination Program in the United States. Adriana Lopez, MHS and Mona Marin, MD**

Las conferencistas invitadas son Adriana López y Mona Marín quienes desde el CDC de Atlanta, hablan de la experiencia que han tenido en la vacunación contra varicela.

Inicialmente se menciona que la varicela es una enfermedad con alta prevalencia, se mencionan las características de presentación de la enfermedad. Las complicaciones son dadas por sobreinfecciones y por la forma hemorrágica. Están en alto riesgo la población de adulto mayor, inmunosuprimida y menores de cinco años. Ello hace que la varicela tenga una carga muy alta sobre la salud pública, genere costos médicos directos, asociados al sistema de salud. En cuanto a costos relacionados con la sociedad de encuentra que genera, ausentismo en enfermos y cuidadores y costos asociados a tratamientos medicados y rehabilitación.

Antes de iniciar la vacunación, esta patología generaba costos anuales con de alrededor de 4 millones de casos aproximadamente en la cohorte de nacidos vivos y entre 11.000 y 13.500 hospitalizaciones y entre 100 y 150 casos de muertes año.

En cuanto a la presentación de casos en embarazadas y el consecuente riesgo de síndrome congénito entre el 1 y 2% de las embarazadas estaba siendo afectadas antes de las 20 semanas.

En 1995 se introduce en el país la vacuna de la varicela, como parte de la vacunación habitual de los niños. Se inicia con 1 dosis para niños entre 12 y 18 meses. Posteriormente, se introduce la dosis de refuerzo, con el objetivo de disminuir los susceptibles. Se aplican 2 dosis en susceptibles mayores de



**PAGINA 1 DE 6**

13 años con 4 y 12 semanas de intervalo intervacunal. Hay que mencionar que una sola dosis puede ser efectiva hasta en un 85%, y con dos dosis, esta efectividad aumenta a más de 95% en prevención de casos.

La seguridad de la vacuna es excelente, ha sido probada con 545 millones de vacunados. Los eventos adversos reportados al sistema nacional son escasos. La tasa es de 2.5 casos por 100.000 vacunados. Lo que usualmente se describe en los casos de evento adverso atribuido a la vacunación es: fiebre, ampollas, corresponden al 66%, otros menos descritos son hepatitis, varicela zoster en pacientes inmunocomprometidos. Los casos severos se han presentado en Alemania principalmente. Los casos en personas vacunadas están alrededor del 15 al 20% de casos. En pacientes inmunizados, la presentación del cuadro puede ser más leve.

Teniendo en cuenta que con una sola dosis se podría prevenir hasta en 85% los casos, se rompe la cadena de transmisión, entre otros, es importante hacer la inversión y posteriormente estudiar si se hace necesaria la aplicación de una segunda dosis.

De acuerdo a la información mostrada en la presentación se estima que con el inicio de la vacunación con una sola dosis se ahorran 4.4 dólares por dólar gastado. Si se aplican dos dosis, el costo beneficio desde la sociedad es de 2.7 dólares por 1 dólar invertido.

Una dosis cubre niños entre 19 y 35 meses. Las coberturas vacunales en han aumentado de 50 % en 1997 a mayor del 90% en 2014. El mayor descenso de casos se presentó en el grupo de 0 a 4 años. En cuanto a la vacunación en menores de un año se ha realizado en un 84% pese a que no está recomendada la vacunación en menores de un año. La tasa de la hospitalización por varicela disminuyó para los grupos de 1 y 2 dosis, ero como ya se mencionó fue más evidente en los niños de 0 a 4 años y de 5 a 9 años.

También disminuyó la tasa de mortalidad por varicela, en lo relacionado con costos para el sistema de salud, gastos directos por hospitalizaciones y visitas ambulatorias.

El programa tiene dos unidades centinelas, y se encontró que para el 2006 disminuyeron los casos en 0.6 y 0.4. En cuanto a las edades específicas, el mayor impacto se vio en edades de 5 a 9 y de 10 a 14. La mortalidad también ha disminuido en el grupo de edades menores de 20 años. No se han reportado muertes en 2010 a 2012 frente al promedio de 2 casos en años inmediatamente anteriores. Vacuna de Varicela y Herpes Zoster. Los efectos pueden variar en las cohortes de vacunados y no vacunados. Pueden ser más severos en personas inmunocomprometidas. Se encuentra también que la vacuna previene también el Herpes Zóster entre un 68% en pacientes con alguna patología y 100% en pacientes sanos. No hay evidencia del riesgo del incremento del herpes zoster relacionado con el programa.

Posteriormente la Directora de Vigilancia en Salud Pública "Patricia Arce", explica que la SDS adquirió dosis de varicela para vacunar niños menores de un año. Por ahora se aplicará una dosis, y en el momento se está en fase de alistamiento para la implementación de la vacunación que espera se inicie hacia octubre de 2014. Cada vacuna cuesta \$14.

Otro aspecto que se resalta es que hay que levantar la línea de base de casos de varicela Zoster para poder establecer la relación entre la vacunación para varicela y el aumento de casos de varicela Zoster.

## **Tema 2. Varicela Zoster Virus. Dr. Heli Salgado. MD**

A continuación el Dr Heli Salgado hace su presentación. Uno de los primeros enunciados hace referencia a la importancia que tiene el hecho de que la varicela la produce un solo virus, es decir es unicausal, por lo cual la vacuna es monovalente.

Hasta hoy el virus es solamente humano, se transmite persona a persona, por vía respiratoria y contacto con el contenido de las lesiones razones por las cuales es una enfermedad altamente contagiosa.

El período de incubación va entre 14 a 16 días pudiendo variar de 10 a 21 días. Puede no tener manifestaciones prodrómicas claras, como fiebre, malestar general decaimiento. El brote aparece



**PAGINA 1 DE 6**

más o menos dos días después de la aparición de los síntomas y su presentación es de predominancia central. La varicela se disemina por todo el cuerpo, no solo de piel, es decir todos los órganos pueden tener lesiones. El virus de la varicela se esconde entre las células y con inmunosupresión sale o se manifiesta. En cuanto al aislamiento de los casos, debe hacerse desde 1 o 2 días antes de la aparición de las lesiones y hasta que todas ellas estén en costras. A diferencia de la VIRUELA, las lesiones secas de la varicela “costras” no son contagiosas. Los inmunocomprometidos pueden tener lesiones activas por una semana o más por lo cual son transmisores mientras tengan lesiones activas.

Otra característica importante de la varicela es que las lesiones se presentan en diferentes estadios, es decir un paciente puede tener vesículas ulceraciones y costras. La tasa de letalidad de la varicela hemorrágica es cercana al 50% y mayor en menores de un año y mayores de 30.

Las complicaciones de la varicela pueden ser entre otras: Varicela congénita. En las primeras semanas causa de aborto o si el niño vive microcefalia, cataratas, retardo del crecimiento y cicatrices en piel, trimestres dos y tres. En el tercer trimestre o en el periodo perinatal, el bebé nace con varicela severa y puede presentar zonas atróficas. Otras complicaciones están relacionadas con las infecciones asociadas, lesiones sobre infectadas, arteritis en cualquier zona del cuerpo, trombosis.

El diagnóstico es predominantemente clínico aunque se puede realizar hemoleucograma el cual puede mostrar alteraciones en la línea blanca. Se puede realizar aislamiento de virus, sin embargo es costoso y difícil de realizar. También se puede utilizar la prueba de laboratorio reacción de la polimerasa en cadena, verificando los títulos y su aumento. Las serologías para post vacunados no es recomendada, no sirve para nada. La varicela es endémica en Colombia

El tratamiento es Aciclovir y famciclovir y se debe usar en los primeros 5 días. Está contraindicado el uso de ASA, por riesgo a desarrollar Síndrome de Reyé

La vacuna se encuentra desde el año 1995 es viva atenuada y se pone desde el año de edad. Posteriormente el Dr. Helí explica que las diferentes cepas vacunales que existen llevan su nombre o por quien aísla el virus, o de donde proviene, pero en general, son parecidas. Japonesa OKA 19; Americana OKA MERCK, BIKEN VAC.

Como todo biológico, se debe conservar la cadena de frío. La vacuna es liofilizada por ello puede conservarse más fácil, pero una vez diluida se debe ser muy estricto en la política de frasco abierto.

En cuanto a la vacunación contra Herpes Zoster, puede realizarse en adulto mayor. En la actualidad hay vacunas conjugadas con triple viral. En teoría podría iniciarse inmunizando los niños de un año, y más adelante y de acuerdo con las tasas de incidencia de la enfermedad, podría pensarse en un refuerzo a los 5 años. El intervalo mínimo entre dosis debe ser tres meses.

En Bogotá se va a iniciar con la cohorte de niños de 15 meses, por dos razones, una de ellas para obtener un mejor resultado, la otra, para captar junto con la vacunación de varicela, los niños que deben aplicarse las dosis de los 18 meses.

La vacuna está disponible en diferentes EPS, esto para personas que de manera particular deseen ponerse la vacuna. En personas mayores de 13 años, pueden aplicarse dos dosis de vacuna separadas al menos 4 a 8 semanas. Si pasan más de 8 semanas de intervalo intervacunal, aplicar segunda (no reiniciar).

En los brotes de varicela, también está indicada la vacunación de los expuestos. Sin embargo, recordar, aislamiento hasta que las lesiones estén en costras, este lapso de tiempo puede durar hasta 21 días. Se debe realizar aislamiento de todos los casos, y no permitir el ingreso de alumnos sintomáticos o en recuperación parcial (costras activas). Si se encuentra pacientes con riesgo se dan medicamentos Aciclovir. Las embarazadas no se vacunan, se vacuna el círculo familiar. En caso de ser necesario, se les puede poner inmunoglobulinas a las embarazadas. Esta es muy difícil de conseguir, VARITEC de 1c a 2 cms por kg, la xanto globulina, 0.2 gms por kg. En personas que reciben inmunoglobulina la vacuna debe ser post puesta hasta por 5 meses de acuerdo a la dosis.

El doctor Helí habla acerca de la consulta de libros especializados. Existen el Green Book, Blue Book, sin embargo el que más recomienda es el Pink Book.



PAGINA 1 DE 6

### **Tema 3. Vigilancia de varicela en Bogotá, D.C. Carolina García R. Grupo Eventos prevenibles por vacuna.**

Para dar continuidad a la jornada, la Referente de Inmunoprevenibles de la SDS presenta los datos de vigilancia de la varicela en Bogotá desde 2007, año en el cual se presentaron alrededor de 31.000 casos. La varicela ha estado presente como evento de alta notificación siempre, en todas las localidades se han reportado casos, y siempre han habido casos.

En el año 2013 se presentaron dos casos de fallecidos por Varicela y sus complicaciones. En cuanto a hospitalizados (145) representaron menos del 1% de la notificación y los eventos se concentraron en los menores de cinco años.

### **Tema 4. Vigilancia de brotes de varicela en Bogotá, D.C. por las UCSP. Dra MAría Mireya Martínez. Grupo emergencias nivel central.**

Luego se realiza la presentación de la notificación de brotes para el 2013 y 2014 hasta la semana 26. Dicha notificación ha aumentado casi al doble. La mediana de casos estuvo entre cinco y ocho en el 2013. En el primer semestre del 2014 ha disminuido la mediana. La incidencia de brotes se ha concentrado en San Cristóbal Usme Kennedy y Bosa. La mayoría de los brotes fueron en colegios y los más afectados fueron los menores de cinco años.

Otros brotes se han dado en población cautiva, en URIS, cárceles, población militar. Para la interrupción de la cadena de transmisión, se han realizado mesas de trabajo intersectoriales en los casos de población carcelaria porque es muy difícil el manejo de los mismos. Una situación similar se presenta en jardines. También se han presentado brotes en población indígena en el 2013 tres brotes y en el 2014 dos.

### **5. Desarrollo del panel de expertos.**

Inicialmente, desde CDC, luego se leerán las preguntas dirigidas a los conferencistas locales.

#### **1. ¿La vacunación en paciente adulto se debe hacer con Herpes Zoster o varicela**

**Respuesta:** si tiene menos de 60 varicela si es mayor de esta edad con **Herpes Zoster**.

#### **2. ¿Cómo se maneja la vacuna en pacientes que han sido tratados con sangre o hemoderivados?**

**Respuesta:** se debe posponer al menos 5 meses la vacunación.

#### **3. ¿Cómo se trata una gestante con varicela?**

**Respuesta:** si no tiene antecedentes, se le puede administrar Aciclovir vía oral. Si esta inmunosuprimida intra venosa.

#### **4. ¿Cuáles son los retos frente a la vigilancia de la varicela?**

**Respuesta:** informar los casos y establecer los casos de enfermedad severa. Mejorar la calidad del dx y la notificación al sistema de vigilancia. Incluir en la información edad, severidad y estado vacunal, así no se encuentren como variables a informar en la ficha de notificación. Los casos con la aplicación de segundas dosis han disminuido significativamente en EE.UU. por lo cual se quiere ampliar la cobertura y fortalecer el reporte individual a nivel hospitalario.



PAGINA 1 DE 6

**5. ¿Se realiza algún tipo de diagnóstico por laboratorio, o todos los diagnósticos son clínicos?**

**Respuesta:** se puede diagnosticar por clínica sin embargo se recomienda utilizar laboratorios en personas ya vacunadas. Se puede usar PCR.

**6. ¿Qué otros países han presentado experiencias con vacunación de varicela?**

**Respuesta:** En Latinoamérica, Costa Rica ha introducido la vacunación rutinaria. En Europa, Alemania, Grecia y los emiratos árabes.

**7. ¿Cómo se hace la vigilancia en gestantes y Recién nacidos?**

**Respuesta:** Tenemos vigilancia general, no se tiene específicamente una vigilancia para gestantes.

**8. ¿Hasta qué edad deben seguirse a los niños de maternas que sufrieron varicela en el embarazo?**

**Respuesta:** Eso es de acuerdo a las manifestaciones del recién nacido, oculares, neurológicas, en piel, de acuerdo a ello se dan las indicaciones.

HAY UNA PREGUNTA QUE SE HACE DESDE EL CDC PARA EL STAFF DE SDS

**9. ¿La carga de casos en embarazadas y recién nacidos es alta?**

**Respuesta:** se responde que menos del 1% de la notificación en gestantes y no se tiene información de recién nacidos.

Las doctoras Adriana López y Mona Marín, proponen que si hay más preguntas, éstas pueden hacerse vía email, a través de la SDS.

Posteriormente la Dra. Clemencia de CAFAM, realiza un llamado al fortalecimiento de la notificación, dado que desde estudios de costos hay que vigilar cuanto baja la notificación de varicela después de la introducción de la vacuna. También hace un llamado a la necesidad de vacunar al personal de salud.

Se hacen otras preguntas a los expositores locales

**10. ¿Un niño con antecedente de meningitis se debe vacunar?**

**Respuesta:** Si

**11. ¿Cuánto tiempo después de haber puesto a vacuna hay inmunidad?**

**Respuesta:** Con todas las vacunas 15 días

**12. ¿Hay alguna indicación de vacunación para personas que conviven con VIH?**

**Respuesta:** Si está inmunocomprometido, no se vacuna el paciente y si éste se expuso, se debe tratar con inmunoglobulinas. Igualmente, se vacuna el núcleo familiar. Si no hay inmunocompromiso se puede vacunar.

**13. ¿Se puede poner la vacuna durante la lactancia?**

**Respuesta:** Si

**14. ¿Existe predisposición por feno o geno tipo para adquirir Herpes Zoster?**



PAGINA 1 DE 6

**Respuesta:** Por Fenotipo no, por genotipo no se ha estudiado, no hay respuesta

Se vuelve a indicar al auditorio, que si quedaron preguntas pendientes o que surjan más adelante pueden ser enviadas a los correos de inmunoprevenibles.

Para finalizar la jornada el Dr. José Navarrete presenta información acerca del virus del Ebola y la alerta mundial. Hace énfasis que en cuanto al plan de intervención por el virus del ébola, ni el ministerio de salud, ni el INAS tienen previsto el plan para posibles casos.

Colombia es el puerto de entrada a Latinoamérica sea en condición legal o no. El ébola tienen una letalidad que puede llegar al 90%. Es una zoonosis y como tal se transmite por contacto directo con los fluidos. Al día del COVE, Van 1300 casos con letalidad del 60% y van 4 países con enfermedad.

El virus tiene 21 días de incubación, puede haber contagio por consumo de murciélagos frugívoros. Hay 5 cepas, el más peligroso es el SIMBAWE. Si a los 21 días del contacto si no se ha presentado la enfermedad, ya no se presenta. La clínica es común a cualquier enfermedad viral, fiebre, malestar general, nada específico. Luego en fases más avanzadas daño hepático y sangrado.

El país no está preparado para la llegada de un caso. Se necesitan laboratorios tipo III y IV, transporte del paciente con trajes especiales y burbuja especial con presión negativa para la hospitalización. En Bogotá pocas instituciones las tienen.

Se hace referencia a que este brote es el más importante desde 1976, ningún brote aumentó a 1000 personas, contagiadas. Por otra parte tampoco se cuenta con la infraestructura para el transporte de muestras ni el procesamiento de las mismas. A la fecha van 1848 personas infectadas y 1013 muertos.

Los factores de riesgo para Colombia son relativamente bajos. No hay riesgo. Pero tampoco hay capacidad de respuesta del distrito. Aunque se tiene una red de vigilancia sólida, la red de laboratorios no lo es y tampoco lo es la infraestructura hospitalaria.

Se solicita a los asistentes, socializar la presentación, en caso de una leve sospecha, realizar la comunicación urgente, el aislamiento estricto, implementar las medidas de protección de personas en contacto con casos y realizar la respectiva investigación.

Se da por terminada la jornada. NO SE GENERAN COMPROMISOS.

### Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logro el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	