

CIRCULAR EXTERNA

1000-00025

Bogotá D.C, 9 de Junio de 2016

Para: Secretarías Municipales, Distritales, y Departamentales de Salud; Coordinadores de Vigilancia en Salud Pública; Coordinadores del Programa de Zoonosis, Laboratorios Departamentales y Distritales de Salud Pública (LDSP); Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); administradores de los regímenes Especiales y de Excepción; Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); Unidades Primarias Generadores de Datos (UPGD); Asociaciones Científicas y Universidades.

Asunto: Fortalecimiento de la vigilancia y control de leptospirosis.

La leptospirosis es una enfermedad bacteriana causada por bacterias patógenas del género *Leptospira* que afecta humanos y animales y se constituye como una de las zoonosis de distribución mundial; sin embargo, afecta con mayor frecuencia países tropicales

En el hombre la enfermedad puede ser asintomática o puede cursar con un cuadro febril usualmente bifásica con sintomatología inespecífica, que puede durar entre cinco a diez días. Los síntomas iniciales característicos además de fiebre de tres a diez o más días de presentación, incluyen cefalea, escalofríos, vómito, mialgias generalizadas, inyección conjuntival, malestar y a veces postración. La primera fase se denomina bacteremia, ya que la leptospira se distribuye por todo el organismo y se puede encontrar en sangre. La segunda fase, es la inmune, en la cual se pueden detectar anticuerpos en suero, la bacteria ya no se encuentra en sangre y se inicia la eliminación de ésta por orina

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2 015 se notificaron al SIVIGILA 2 007 casos de leptospirosis en Colombia; de acuerdo con el tipo de caso, se clasificaron 1 225 pacientes el 61,0 % como sospechosos y 750 el 37,4% confirmados por laboratorio y 32 el 1,6% confirmados por nexo epidemiológico. Los departamentos con mayor número de casos notificados fueron Valle del Cauca con 575 casos el 28, 6%,

Antioquia con 323 casos el 16,1 %, Tolima con 232 casos el 11,5 %, Barranquilla con 99 casos el 4,9 % y Guaviare con 87 casos el 4,3 %, acumulando el 65,5% de la notificación nacional.

La incidencia nacional fue de 1,26 casos por 100.000 habitantes, siendo los departamentos de Guaviare, Amazonas, Barranquilla, Choco y Antioquia las cinco entidades territoriales con la mayor incidencia. Durante los últimos tres años se ha fortalecido la vigilancia de leptospirosis en Colombia, lográndose la notificación rutinaria por las entidades territoriales y la creación de una red de diagnóstico liderada por la Red Nacional de Laboratorios. Resultado de esta vigilancia se ha podido determinar la gran importancia que representa el evento para la salud pública nacional, por considerarse endémico en gran parte del territorio nacional.

Como medida de prevención ante la inminente llegada del fenómeno de la niña que se anuncia para los próximos meses, el Instituto Nacional de Salud ha intensificado la vigilancia de este evento de interés en salud pública, por lo anterior se solicita a todas las entidades territoriales el fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control de leptospirosis, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

A. Vigilancia:

1. Las entidades territoriales, deben garantizar la notificación **OBLIGATORIA** de todos los casos de leptospirosis bajo el código 455 de acuerdo con la periodicidad y definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia a través del Sistema Nacional de Vigilancia - SIVIGILA.
2. Los casos de muertes por leptospirosis deberán ser notificadas de forma **INMEDIATA** al grupo de zoonosis del Instituto Nacional de Salud por vía telefónica al 2207700 Ext 1403 – 1388 o al correo etvzooins@gmail.com y notificados igualmente de forma inmediata.
3. Toda unidad de análisis de mortalidad debe estar acompañada por copia de historia clínica, investigación de campo, certificado de defunción y ficha de notificación, así mismo deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de microbiología y de patología del Instituto Nacional de Salud, la documentación resultado de la unidad de análisis junto con la historia clínica completa debe enviarse al referente de vigilancia del Instituto Nacional de Salud.

Av. Calle 26 No. 51-20, Bogotá, D.C., Colombia

Commutador: (1) 220 7700 Ext. 1703 - 1704

fax 220 7700 Ext. 1283 – 1269

e-mail: contactenos@ins.gov.co Página web: www.ins.gov.co

Línea gratuita nacional: 018000 113 400

4. Garantizar el talento humano y los insumos necesarios para realizar las actividades de prevención y control desde en los niveles municipal, distrital y departamental (médico, médico veterinario, técnico de saneamiento, equipos de Salud Ambiental y de Zoonosis, entre otros).
5. En situación de presentarse concentración de damnificados en albergues, se realizarán búsquedas activas comunitarias semanalmente con el fin de identificar personas con una definición de caso compatible con leptospirosis y deben ser remitidos de inmediato a su IPS para garantizar la toma de muestras y el inicio de tratamiento; los casos se notificarán al sistema de vigilancia y se debe enviar informe por correo electrónico (etvzooins@gmail.com) de la actividades de educación, prevención y control.
6. Capacitar al personal médico asistencial en el protocolo de vigilancia de leptospirosis del Instituto Nacional de Salud que se encuentra disponible en la página web del INS (www.ins.gov.co) para mejorar la calidad del dato.
7. Semanalmente cada entidad territorial verificará la notificación de casos de leptospirosis a través del Sivigila en caso de presentar factores epidemiológicos de riesgo como aumento inusitado de casos, inundaciones o muertes atribuibles a leptospirosis, se realizará la investigación de campo que permita caracterizar el comportamiento en estas zonas de riesgo, identificar tempranamente brotes e implementar las medidas de prevención y control de manera oportuna.
8. Se mantendrán actualizadas las tendencias del evento por municipio con el fin de detectar aumento de casos inesperados, así mismo todo en paciente sospechoso se garantizará la toma de las muestras y procesamiento de las mismas.
9. Identificar los casos sospechosos reportados y que no hayan sido ajustados a las cuatro semanas de su notificación para que las Secretarías de Salud municipales y departamentales gestionen con la aseguradora y el prestador de servicios de salud respectivo esta situación.

B. Diagnóstico por laboratorio

1. Una vez el médico sospeche de un caso de leptospirosis deberá indicar al paciente que su diagnóstico debe ser confirmado por laboratorio y que para ello, se debe practicar una prueba de Ig M para *Leptospira* cuyo resultado será interpretado por el médico tratante y si este es positivo, requerirá de otra prueba confirmatoria por microaglutinación la cual debe ser remitida al LNR del Instituto Nacional de Salud. En consecuencia, está en competencia del médico tratante y la IPS respectiva lograr un diagnóstico definitivo para cada caso de leptospirosis que se detecte.
2. La prueba de Ig M para leptospira se encuentra en el POS bajo el código CUPS 90.6.0.30 y esta será solicitada mediante orden médica y será responsabilidad del asegurador facilitar todos los procesos administrativos que permitan su realización para evitar barreras de acceso. Esta prueba podrá ser facturada al asegurador en concordancia con todos los procedimientos del sistema de seguridad social en salud.
3. En caso de que la prueba de Ig M presente resultado positivo, se deberá tomar una prueba para microaglutinación que debe ser remitida, por el laboratorio donde asiste el paciente, al LSP del departamento correspondiente. De allí será remitida junto con la ficha de notificación, al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en donde se realizará la prueba de microaglutinación. Esta prueba no tiene ningún costo ni para el asegurador ni para el prestador.
4. La prueba de microaglutinación requiere de dos muestras pareadas con un intervalo de 15 días para observar seroconversión e identificar el serovar que está afectando a la persona. En casos fatales, solamente un resultado de 1:400 por microaglutinación indica infección activa.
5. Es responsabilidad de la IPS en donde asistió el paciente a consulta, indicar el proceso de diagnóstico y hacer el seguimiento de su conclusión mediante la revisión de la historia clínica.
6. Una vez el grupo de vigilancia del nivel municipal y departamental, identifique nominalmente los casos sospechosos reportados al sistema de vigilancia y que no hayan sido ajustados a las cuatro semanas de su notificación las áreas competentes de las Secretarías de Salud municipales y departamentales, informarán a la aseguradora respectiva sobre los casos que son de sus

Av. Calle 26 No. 51-20, Bogotá, D.C., Colombia

Commutador: (1) 220 7700 Ext. 1703 - 1704

fax 220 7700 Ext. 1283 - 1269

e-mail: contactenos@ins.gov.co Página web: www.ins.gov.co

Línea gratuita nacional: 018000 113 400



Av. Calle 26 No. 51-20, Bogotá, D.C., Colombia

Commutador: (1) 220 7700 Ext. 1703 - 1704

fax 220 7700 Ext. 1283 - 1269

e-mail: contactenos@ins.gov.co Página web: www.ins.gov.co

Línea gratuita nacional: 018000 113 400



asegurados e indicarán la IPS en que fueron atendidos y solicitándole que verifique la situación y los motivos por los cuales no se realizó el diagnóstico por laboratorio. Este oficio será remitido con copia a la IPS respectiva y además se le preguntará el motivo de no realización de la confirmación por laboratorio.

7. La responsabilidad de verificar la confirmación por laboratorio, quedará a cargo de los Secretarios de Salud tanto municipales como departamentales en términos de identificar los casos sospechosos que no han sido confirmados y solicitar tanto al asegurador como al prestador de servicios de salud el motivo por el cual el proceso de diagnóstico por laboratorio no se concluyó. En caso de no lograr una respuesta positiva por los aseguradores o prestadores, los Secretarios de Salud tanto municipales como departamentales, remitirán un oficio a la Superintendencia Nacional de Salud indicando las fallas y responsables en el proceso de atención en salud.
8. A nivel nacional, el INS remitirá mensualmente un informe a las áreas de prestación de servicios de salud y calidad de la atención en salud indicando nominalmente por aseguradora y prestador de servicios de salud, los casos en los cuales no se ha realizado confirmación por laboratorio. En caso de no lograr una respuesta positiva por los aseguradores o prestadores, los Secretarios de Salud tanto municipales como departamentales, remitirán un oficio a la Superintendencia Nacional de Salud indicando las fallas y responsables en el proceso de atención en salud.
9. En cuanto al reporte de resultados de las pruebas de microaglutinación realizadas en el INS, una vez se disponga de los mismos, el LNR los remitirá a los LSP respectivos para que estos los distribuyan a las IPS remitentes y sean archivados en las historias clínicas respectivas.

C. Tratamiento:

10. A todo paciente con sospecha clínica de leptospirosis se le iniciará tempranamente tratamiento antibiótico en los siguientes esquemas. Se debe hacer énfasis que ante toda sospecha de leptospirosis se debe suministrar el tratamiento antibiótico de forma estricta e inmediata, el cual está cubierto en el POS y es competencia de las instituciones prestadoras de salud que atienden los casos.

Tratamiento farmacológico en adultos:

- Doxiciclina 100mg 2 veces al día VO por 7 días
- Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días (casos leves)
- Penicilina Sódica, 2 a 4 millones cada 6 horas IV por 7 días (medicamento de elección)

Otros antibióticos que pueden ser utilizados y sirven para pacientes alérgicos a Penicilina:

- Tetraciclina 500mg cada 6 horas VO por 7 días
- Ceftriazona 2 gr por vía IV cada 24 horas durante las primeras 72 horas y continuar posteriormente con 1 gr diario por vía IM durante 7 días.

Tratamiento farmacológico niños:

- Penicilina G, 250.000 U/Kg/día IV fraccionado en cuatro dosis (cada 6 horas) por 7 a 10 días.
- Tetraciclina en mayores de 9 años: 25-40 mg/Kg/día, cada 6 horas VO por 7 a 10 días.
- Amoxicilina 40-50 mg/kg de peso cada 8 horas por 7 a 10 días.

Si se decide administrar profilaxis, se debe tener en cuenta el tiempo de exposición a la bacteria y realizarse de la siguiente manera:

- Mayores de 12 años una dosis semanal de 200 mg de doxiciclina por un mes
- De 8 a 12 años una dosis semanal de 100 mg de doxiciclina por un mes
- De 4 a 8 años, 250 mg cada 8 horas de amoxicilina durante 3 días
- Menores de 4 años, 125 mg cada 8 horas de amoxicilina durante 3 días
- Embarazadas, 500 mg cada 8 horas de amoxicilina durante 3 días

Prevención y control

11. Informar sobre las acciones de promoción y prevención realizadas en cada territorio y sobre la existencia de población susceptible, teniendo en cuenta los determinantes y factores de riesgo presentes en la zona, además de las acciones de control realizadas en la población de roedores.

12. Se fortalecerá las acciones de Información, Educación y Comunicación dirigidas a la comunidad en general, orientadas a la prevención de esta enfermedad, enfocadas en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico, manipulación de alimentos, consumo de agua potable, control y manejo de residuos sólidos y consulta inmediata a servicios de salud ante la presentación de síntomas compatibles

Atentamente,



MARTHA LUCIA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General Instituto Nacional de Salud

Elaboró: Daniela Salas Botero, Equipo Vigilancia Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis, INS. *C-A*

Revisó: Oscar Eduardo Pacheco García, Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública, INS. *O PACHECO*

María Alexandra Durán R- - Subdirectora Red Nacional de Laboratorios *MADR*

Sara Esmeralda Gomez Coordinadora Equipo Vigilancia Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis, INS *Slt R*

Aprobó: Mancel Enrique Martínez Durán, Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS. *M*

Mauricio Beltrán Dirección de redes en Salud Publica *M*