

Brote de parotiditis en el centro penitenciario La Modelo, de Bogotá, Colombia, septiembre-diciembre de 2011

In center penitentiary bud of parotiditis the Model, of Bogotá, Colombia, September-December of 2011

No centro botão da penitenciária do parotiditis o modelo, de Bogotá, Colômbia, Setembro-Dezembro de 2011

Diana Milena Cucaita Muñoz¹
Smith Edith Lozano Guevara²
José Jewel Navarrete Rodríguez³

Resumen

Antecedentes: El virus de la parotiditis es un paramyxovirus de la familia *Paramyxoviridae*. Ingresa al cuerpo humano por las vías respiratorias y se localiza en la glándula parótida, donde se reproduce; su único reservorio es el ser humano. Su contagio se da por contacto directo, a través de gotitas infectadas; es altamente contagioso. En este trabajo se describirá un brote de parotiditis en la cárcel La Modelo, en Bogotá, Colombia; se describirá a las personas enfermas, el tiempo de duración del brote y qué medidas se tomaron para su control; se evaluará la efectividad del programa de notificación epidemiológica, si este responde a las necesidades de poblaciones especiales y qué aprendizajes quedaron de la experiencia en cuanto al control de este brote en particular. **Métodos:** El presente es un estudio descriptivo transversal sobre el brote de parotiditis en el centro penitenciario (CP) La Modelo, en Bogotá. Se utilizó la información recolectada durante el brote por la Empresa Social del Estado (ESE) del Sur y el Nivel Central, de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá. **Resultados:** Se presentaron 330 casos de parotiditis entre los 6905 internos que se encontraban durante el periodo septiembre-noviembre de 2011 en el CP, y un caso en un funcionario del área de sanidad de la misma entidad; se reportaron 2 casos de complicaciones derivadas de la parotiditis. Fueron vacunados 4495 internos con vacuna trivalente (SRP), y 170, con vacuna doble viral (SR), y de los cuales se reportaron 2 eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI). **Conclusión:** Un reporte

1 Médica epidemióloga (SDS).

2 Enfermera epidemióloga (ESE del Sur).

3 Médico veterinario. Epidemiólogo (SDS).

adecuado y oportuno, una óptima sensibilización en todos los componentes del sistema de vigilancia epidemiológica y la aplicación de medidas (entre otras, la vacunación) son necesarios para evitar la propagación de brotes de parotiditis en sitios de condiciones complejas como las cárceles, donde predominan el hacinamiento y ambientes higiénico-sanitarios cuestionables.

Palabras clave: parotiditis, prisión, centro carcelario, La Modelo

Abstract

Background: Mumps is an acute viral disease highly contagious caused by many viruses like Paramyxovirus, Parainfluenza and Newcastle. It enters the body through the respiratory tract and is then located in the parotid gland where it reproduces. The only reservoir is the human body and contagion is given by direct contact with infected droplets. This work describes a mumps outbreak occurred in the prison La Modelo in Bogota-Colombia, a description of the sick people, duration of the outbreak, and the control measures taken in a special population with complex sanitary and hygienic conditions are provided. The effectiveness of the epidemiological notification program is evaluated, as well as the knowledge acquired during the control of this particular outbreak. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study of the outbreak of mumps in the penitentiary center (CP) La Modelo in Bogota. Information was collected during the outbreak by the Hospital del Sur and the Central Level of the District Health Secretary of Bogota (SDS). Results: 330 cases of mumps were registered between September to November 2011 of the 6905 interns in the CP, one case was of a health staff member of the prison, two cases of complications derived from the virus were reported. 4495 interns were vaccinated with trivalent (SRP), and 170 with (SR) of which two people developed events supposedly attributable to vaccination and immunization. **Conclusions:** An optimal sensitization to all components of the prison's epidemiological surveillance system thus warranting an appropriate and timely report, also specific measures like the vaccination are necessary to prevent the spread of mumps outbreak in sites with complex conditions such as a prison where the overcrowding is predominate and where questionable sanitary hygienic environments exist.

Keywords: parotiditis, mumps, outbreak, prison, La Modelo.

Resumo

Antecedentes: O vírus da caxumba é um *paramixovírus* da família *Paramyxoviridae*, entra por via respiratória e está localizado na glândula parótida, onde se reproduz e o único hospedeiro é o homem, seu contágio ocorre com o contato direto por meio de gotículas infectadas e é altamente contagiosa. Este artigo descreve um surto de caxumba ocorrido na prisão La Modelo, em Bogotá – Colômbia. Serão relatados os casos de pessoas contagiadas, a duração do surto e as medidas tomadas para controlar a doença, como também avaliar a eficácia do programa de controle epidemiológico e se responde às necessidades da população em questão e a aprendizagem envolvida no controle desse surto em particular. **Métodos:** caracteriza como um estudo descritivo transversal de um surto de caxumba no Centro Penitenciário (CP) La Modelo, em Bogotá. Foram utilizadas informações coletadas durante o surto pela Empresa Social do Estado (ESE), do Sul e do Nivel Central da Secretaria de Saúde de Bogotá (SDS). **Resultados:** foram diagnosticados 330 casos de caxumba nos 6905 presos durante os meses de setembro a novembro de 2011 no CP,

e um caso em um funcionário de saúde da mesma entidade, como também foi apresentado dois casos com complicações relatadas decorrentes caxumba. Foram vacinados 4495 detentos com trivalente (SRP) e 170 com (SR), dos quais foram notificados 2 eventos supostamente atribuíveis à vacinação e imunização (ESAVI). **Conclusão:** Um relatório adequado, oportuno e uma sensibilização de todo pessoal da vigilância epidemiológica e medidas de aplicação, incluindo a vacinação, são necessários para evitar a propagação do surto de caxumba em locais com condições complexas, tais como prisões, onde domina a superlotação e ambientes higiênicos sanitários questionáveis.

Palavras-chave: caxumba, surto, centro penitenciário, La Modelo.

Introducción

El virus de la parotiditis es un paramyxovirus de la familia *Paramyxoviridae*. Contiene ácido ribonucleico (ARN). El virus ingresa por las vías respiratorias y se localiza en la glándula parótida, donde se reproduce. Su único reservorio es el ser humano. El contagio se da por contacto directo, a través de gotitas infectadas. Tiene un periodo de incubación de 16-18 días. Es contagioso desde 2 días antes del evento que involucra el aumento de volumen de la glándula parótida, y hasta 9 días después. La sintomatología incluye fiebre y aumento de volumen de las glándulas parótidas, que puede ser unilateral o bilateral; en algunos casos pueden estar involucradas las glándulas submaxilares (10%-15%). La orquitis es otra manifestación clínica (20%-30%), y ocurre después del aumento de volumen de las parótidas, o de una de ellas; puede llevar a la meningitis (hasta en el 15% de los pacientes), sordera neurosensorial (5 por 100 000) o a pancreatitis (4%) (1,2).

Desde 1960, se han fabricado de manera individual varias vacunas contra la parotiditis. Posteriormente, tal vacuna ha sido combinada: sarampión, parotiditis y rubeola (MMR); la vacuna de combinación MMR ha sido gradualmente introducida desde el inicio de la década de 1990 (3). Una vacuna antiparotídica inactivada, autorizada en Estados Unidos en 1948 y utilizada entre 1950 y 1978, solo inducía inmunidad a corto plazo, con una eficacia protectora muy baja. Desde entonces, en Japón, en la antigua Unión Soviética, en Suiza y, de nuevo, en Estados Unidos se

han perfeccionado vacunas vivas atenuadas: la vacuna Jeryl-Lynn, la vacuna RIT 4385 —la cual se preparó a partir del clon vírico dominante de la vacuna Jeryl-Lynn—, la vacuna Leningrado-3, la vacuna Leningrado-Zagreb, la vacuna Urabe Am9 y la cepa Rubini (4).

La administración de tales combinaciones puede causar eventos secundarios comunes asociados a las cepas de sarampión, e incluyen fiebre (producida en el 5%-15% de los vacunados) y erupciones en la piel (con una incidencia del 5%). En cuanto a las cepas de las parotiditis, después de la vacunación los eventos son raros; la fiebre y la parotiditis son los más comunes. La cepa de la rubéola puede producir fiebre, y en la piel, erupción cutánea o adenopatías, que ocurren en el 5%-15% de los vacunados, mientras que la artritis es el efecto secundario más común en las mujeres después de la pubertad: se produce en el 13%-15% de ellas (3). La meningitis aséptica, uno de los principales problemas como consecuencia de la infección por virus de parotiditis salvaje, ocurre en el 10%-30% de los casos. A lo largo de los últimos años, ha surgido una gran preocupación por la asociación de algunas cepas de vacuna antiparotídica a esta enfermedad (5).

Brotes significativos de parotiditis han ocurrido recientemente en el Reino Unido, Canadá, y Estados Unidos, y ello realza la pertinencia continua de esta enfermedad aún en campañas extendidas de vacunación. En el mundo, el 57% de los países usa de forma rutinaria la vacuna contra la parotiditis, y el 43% restante (principalmente, los países de Asia y de África) no la incluye en sus esquemas de vacunación. En los esquemas de vacunación, 20 países incluyen una dosis de vacunación, y 89 de ellos, 2 dosis. La efectividad de la vacuna es de, aproximadamente, el 80% para una dosis, y del 90%, tras dos dosis; por ello, en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas.

Varios países latinoamericanos, como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Uruguay, han incluido la vacuna MMR en sus programas nacionales de vacunación (5). En Colombia, el control de esta enfermedad se inició en 1995, con la introducción de la vacuna triple viral (SRP) aplicada durante el primer año de edad y con refuerzo a los 5 años. A partir de 2000, se considera la enfermedad un evento de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

De 2001 a 2005, los departamentos que presentaron la mayor incidencia promedio durante dicho periodo, con una incidencia $> 5 \times 100\,000$ habitantes, fueron Arauca, Bogotá, D. C., San Andrés, Caldas, Boyacá, Cundinamarca, Casanare, Amazonas y Vaupés (1). Durante 2008 y 2009, se notificaron 2809 casos de parotiditis; el mayor número de reportes se dio en Bogotá, D. C., con 1090 casos (6).

La vacunación contra la parotiditis es indispensable para disminuir su incidencia, pero aún más importante es evitar las complicaciones que esta puede ocasionar, y así generar un aumento en la morbilidad y en la mortalidad de las personas que la padecen. Tanto en Colombia como en Brasil, uno de los objetivos de los programas nacionales de inmunización es mejorar el control de la rubéola y de la parotiditis, y erradicar el sarampión; para ello, la estrategia principal son las campañas de vacunación masiva (6).

Aunque existan campañas de vacunación masiva en Colombia, hay poblaciones en mayores condiciones de vulnerabilidad, tales como las poblaciones cautivas, y entre las que se encuentra la población de los centros penitenciarios, pues dichas personas, por sus características, tienen particularidades en cuanto a la atención en salud.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se puede formalizar mediante dos modalidades: 1) mediante el pago de una cotización a una empresa promotora de salud del régimen contributivo (EPS-C), y 2) a través de una empresa promotora de salud subsidiada (EPSS-S). El ingreso al servicio público esencial de Seguridad Social en Salud (SSS) en el régimen subsidiado les permite a los internos que se encuentran en centros penitenciarios a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) acceder al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), que, a su vez, en estos momentos se encuentra a cargo del operador en salud Caja de Previsión Caprecom EPS. El SGSSS para la población interna debe tener como prioridad que sus beneficiarios obtengan, sin ninguna discriminación, el aseguramiento de sus riesgos en salud, el acceso equitativo a un paquete mínimo de salud con calidad (que, a su vez, incluye promoción y fomento de la salud, y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades), todo lo cual incluye el suministro de medicamentos, en todos los niveles de atención (7). Para el presente estudio, el operador en

salud Caprecom lleva a cabo las acciones de salud en La Modelo, la cual es manejada por el INPEC.

Los objetivos del presente estudio son: 1) hacer la caracterización epidemiológica del brote; 2) determinar los posibles factores de riesgos asociados y la fuente de infección; 3) determinar la efectividad de la vacunación para controlar el brote de parotiditis y, finalmente, 4) brindar recomendaciones para el manejo de brotes de parotiditis en centros penitenciarios.

La cárcel La Modelo se edificó con el propósito de suplir la deficiencia que evidenciaba el Panóptico de Cundinamarca, para albergar a los llamados presos políticos y aumentar los cupos para futuros reclusos. Entre 1957 y 1960 fue adecuada La Modelo. En 1959 se terminó la construcción, para albergar a 1800 reclusos, y en enero de 1960 llegaron los primeros 600 internos, distribuidos en las celdas de cinco pabellones construidos en forma de cruz. Sin embargo, en 1997 estalló el problema del hacinamiento, con el 300%. Actualmente tiene una capacidad de 2800 personas privadas de la libertad (PPL), pero residen en ella un total de 6800 internos, lo que nos arroja una sobreocupación igual al 246%.⁴

Métodos

El presente es un estudio descriptivo transversal sobre el brote de parotiditis en el CP La Modelo en Bogotá. Se utilizó la información recolectada durante el brote por la ESE del Sur y el Nivel Central de la SDS entre septiembre y diciembre de 2011, tiempo durante el cual se presentó el brote descrito para este trabajo. Se utilizaron las variables de tiempo, lugar y persona para describir el evento presentado; en especial, el programa Excel® para el análisis correspondiente. De igual forma, con este *software* se pudieron graficar los resultados.

Resultados

De acuerdo con la variable tiempo, se establece que el brote sucede por una fuente propagada; se observa que la transmisión del virus se presenta de persona a persona. El brote de parotiditis en el CP se desarrolló durante las semanas epidemiológicas 36-47, con una duración de 77 días. El caso índice (1) inicia síntomas

4 Informe del 23 de diciembre de 2011(Caprecom).

el 6 septiembre de 2011, en el patio 1B, y el último caso inicia síntomas el 22 de noviembre de 2011, en el patio 2B.

Se presenta un ascenso en el número de casos a partir de la semana 39, con un pico en la semana 43, que corresponde a una actividad de búsqueda activa realizada en cada patio del CP, y en la cual se detecta el mayor número de casos de parotiditis, correspondiente a 195. El número de casos desciende a partir de la semana 44 y llega a cero casos a partir de la semana 48, aunque en esa misma semana se reportan 2 casos de parotiditis que se corresponden a ESAVI. En las semanas 45 y 46, se hace vacunación a 4665 internos de los diferentes patios (figura 1).

De acuerdo con la variable lugar, la distribución geográfica de los casos permite identificar la dirección de propagación del virus entre los internos de los diferentes patios; se identifica así que el caso índice inicia en septiembre en el patio 1B. Seguidamente se presentan casos en los patios 2A y 2B, dada la cercanía geográfica, y se presenta un caso aislado el ala sur en el patio 3.

En octubre siguen presentándose casos nuevos en ala norte, en los patios 1A, 1B, 2A, 2B, y partir del 15 de octubre se identifican casos en ala sur, en los patios 4 y 5, para un total de 279 casos en este mes.

En noviembre, los casos se concentran, nuevamente, en el ala norte, en los patios 1A y 2B, donde se presenta el último afectado, quien inicia síntomas el 22 de noviembre (figura 2).

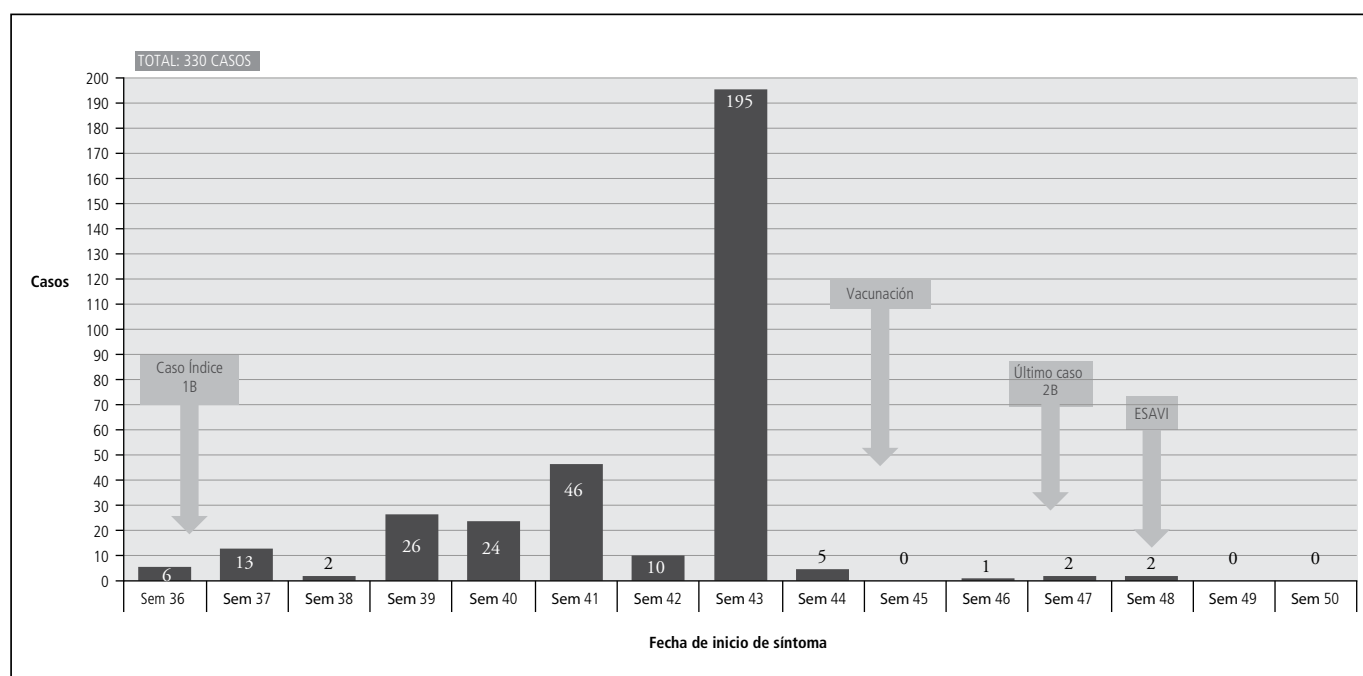
De acuerdo con la variable persona, los casos presentados en el brote de parotiditis de la CP La Modelo por sexo se distribuyen así: sexo femenino: una auxiliar/60 mujeres que laboran en la cárcel = 1,7% (un caso); y sexo masculino: 329/6905 internos = 4,7% (329 casos). Por edad, los casos presentados oscilan entre los 18 y los 56 años, con un promedio de 28 años.

En total, las personas afectadas fueron 330; la tasa de ataque general fue del 4,78%. En el ala norte se presentaron 133 casos de 2388 expuestos, con una tasa de ataque del 5,6 %, mayor que en el ala sur. En el ala sur, en total, se presentaron 197 casos de 4024 expuestos, con una tasa de ataque del 4,9%; esta ala tiene a 1636 internos más que el ala norte, y presenta 64 casos más de parotiditis respecto al ala norte (tabla 1).

Distribución de síntomas, y complicaciones

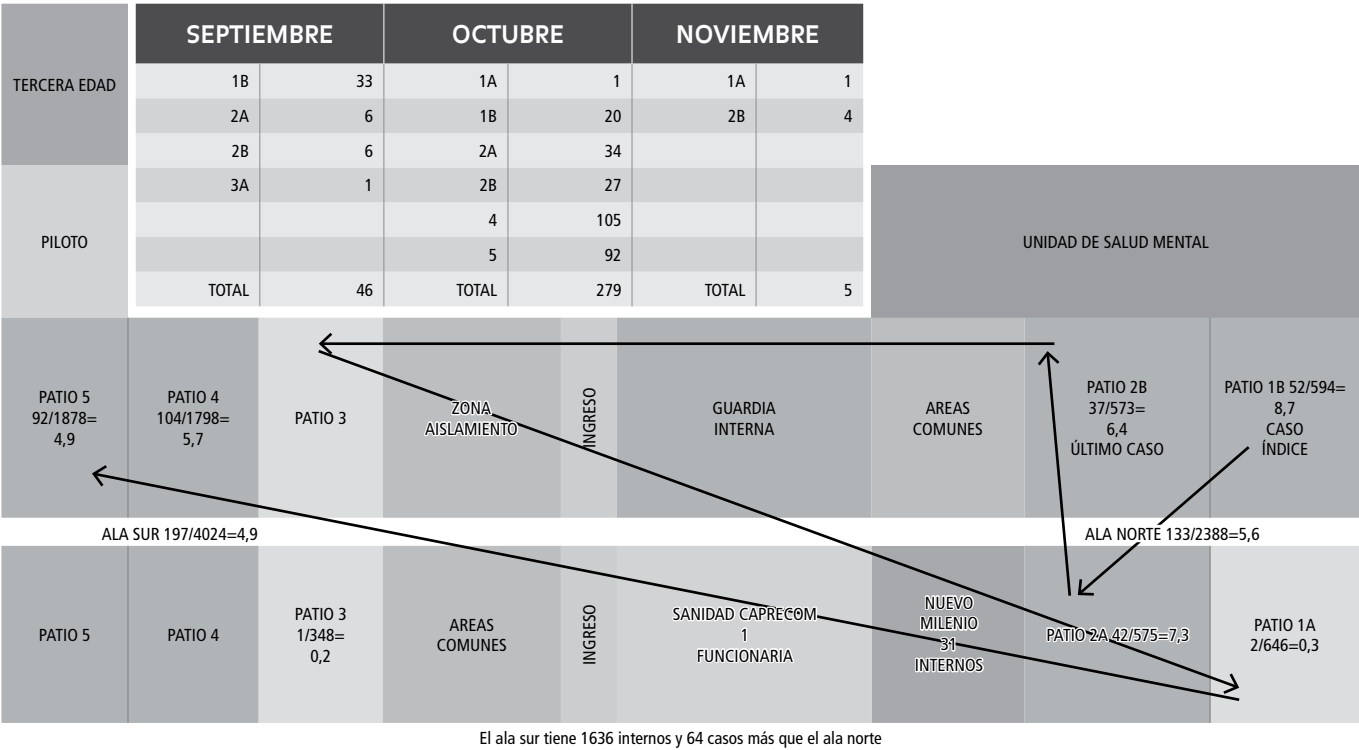
Dadas las características del CP, se presentan dificultades para entrevistar a cada uno de los internos afectados, y las fichas de notificación presentaron falencias en cuanto a la descripción de síntomas; además, se

Figura 1. Curva epidémica brote de parotiditis, CP La Modelo, Bogotá, septiembre-noviembre de 2011



Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

Figura 2. Mapa del cp, y distribución de tasas de ataque por patio. Bogotá, septiembre-noviembre de 2011



Fuente: Base de datos, brote de parotiditis cp La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

Tabla 1. Tasas de ataque por patio. cp La Modelo, Bogotá, D. C., septiembre-noviembre de 2011

Patio	Afectados	Expuestos	Tasa ataque
1A	2	646	0,31
1B	52	594	8,75
2A	42	575	7,3
2B	37	573	6,46
TOTAL ALA NORTE	133	2388	5,57
3	1	348	0,29
4	104	1798	5,78
5	92	1878	4,9
TOTAL ALA SUR	197	4024	4,90
Otros patios	0	493	0
TOTAL	330	6905	4,78

n= 329 internos, más 1 auxiliar de enfermería del área de sanidad

Fuente: Base de datos, brote de parotiditis cp La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

omiten en ellas variables como el antecedente vacunal y la presencia de complicaciones derivadas de la parotiditis; por ejemplo: orquitis, encefalitis y pancreatitis.

Por todo lo anterior; fue necesario calcular una muestra para hacer entrevistas personalizadas, con el fin de conocer la información faltante en la visita realizada por el Hospital del Sur, en compañía de la SDS. En total, se entrevistó a 63 internos enfermos; además, se tomaron muestras de orina, de sangre e hisopado a 20 de ellos, para confirmar el diagnóstico por laboratorio.

En los 63 enfermos entrevistados se halló que el 71,4% de esas personas presentaron fiebre; el 46%, cefalea; el 28,6%, vómito, y el 100%, inflamación, por cuanto este es el síntoma característico de la parotiditis. Las complicaciones se han presentado en un porcentaje bajo: la orquitis es la complicación manifestada, hasta el momento, por el 3,2% de los encuestados (tabla 2).

Jornada de vacunación

Se utilizó la vacuna Leningrado-Zagreb trivalente sarampión-parotiditis-rubéola (MMR), del Instituto Serum de la India. Vía de aplicación: subcutánea, en la región deltoidea. Dosis: 0,5 ml, con aguja calibre 25 G x 5/8". Presentación: liofilizada y provista con diluyente.

Durante las semanas 45 y 46, entre el 8 y el 14 de noviembre de 2011, se hace vacunación a 4665 internos de los diferentes patios. Se vacunó a los internos con dos tipos de biológicos: de sarampión rubéola (SR) se aplicaron, en total, 170 dosis a internos que ya habían

padecido parotiditis; y de sarampión rubéola y parotiditis (SRP), en total, 4495 dosis.

En la semana 48 se reportan 2 casos de parotiditis; después de analizarlos, se define que corresponden a ESAVI, pues inician síntomas después de la vacunación, como leve inflamación de las parótidas, de pocos días de duración, y dolor leve; además, se encontraban dentro del periodo de incubación a lo largo del cual se podía presentar dicho evento.

Durante la jornada no se vacunó a personas que hubieran padecido parotiditis en cualquier momento de su vida; tampoco, a personas con síntomas o que en el momento de la jornada de vacunación estuvieran cursando con parotiditis, ni a la población adulta mayor de 40 años ni a personas que demostrasen con carné de vacunación dos dosis de SRP en cualquier momento de sus vidas. La población de 18 y 19 años que hubiera padecido parotiditis y no certificara vacunación previa SR recibió una dosis de esta (figura 3).

Discusión

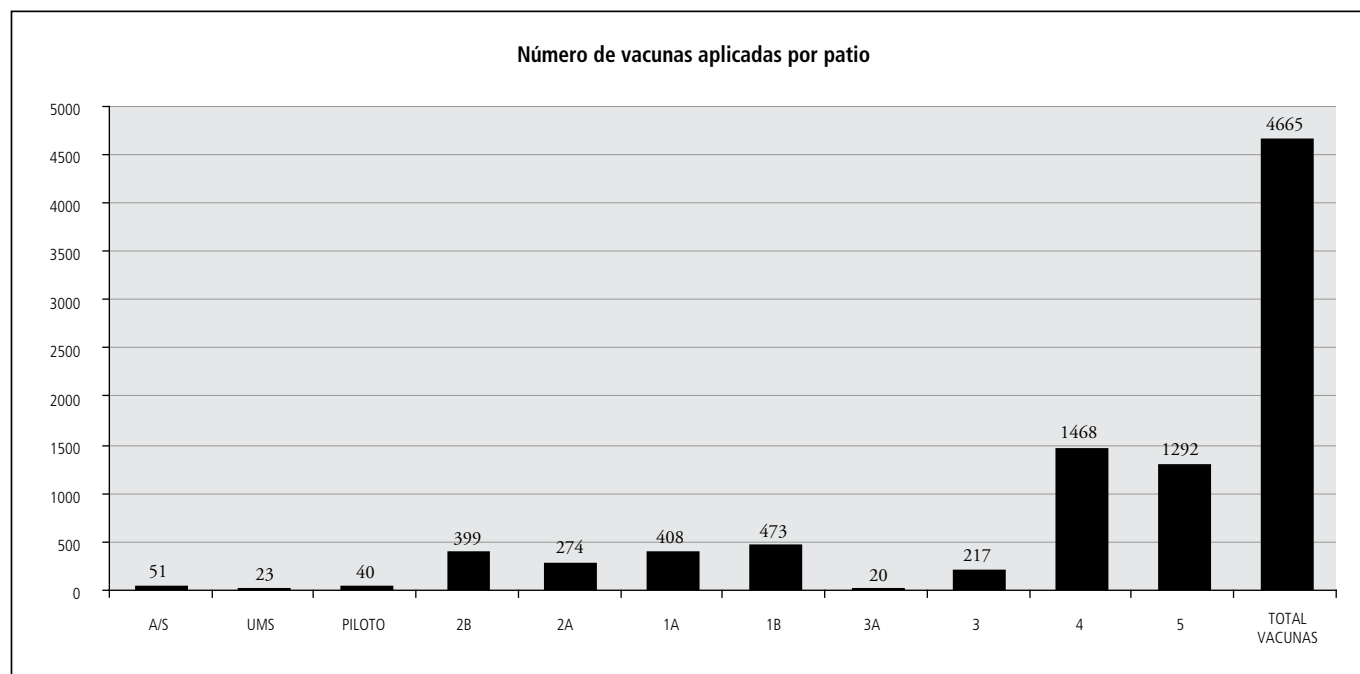
Los centros penitenciarios se pueden definir como usuarios y actores del sistema Nacional de Vigilancia en salud pública (SIVIGILA), pues demandan información del sistema; dicha información obtenida deberá utilizarse para: estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública; detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos; detectar brotes y epidemias, y orientar las acciones específicas de control; identificar los factores de riesgo o los factores protectores relacionados con

Tabla 2. Distribución porcentual de signos y síntomas, y complicaciones en enfermos.
CP La Modelo, Bogotá, septiembre-noviembre de 2011

Síntomas	Frecuencia	%
Inflamación	63	100
Fiebre	45	71,4
Cefalea	29	46,0
Vómito	18	28,6
Complicaciones	SI	%
Orquitis	2	3,2
Encefalitis	0	0
Pancreatitis	0	0
Total	2	3,2

n= 63 enfermos

Figura 3. Número de dosis de vacuna SR-SRP aplicadas por patio. CP La Modelo, Bogotá, D. C., septiembre-noviembre de 2011



Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

los eventos de interés en salud; identificar necesidades de investigación epidemiológica; facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control; facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud; orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud, y orientar la formulación de políticas en salud pública.

En cuanto a las tasas de ataque por patio, se observó que en el ala norte se presenta un total de 133 casos de 2388 expuestos, con una tasa de ataque del 5,6%, y en el ala sur, 197 casos de 4024 expuestos, con una tasa de ataque del 4,9%. Esta última ala, a su vez, tiene a 1636 internos más que el ala norte y presenta 64 casos más de parotiditis respecto al ala norte.

Las condiciones de hacinamiento del CP, su distribución geográfica, la cercanía entre los patios y el desplazamiento de los internos favorecieron la propagación del virus entre los internos. El brote se inicia en el ala norte, durante septiembre; en octubre pasa al ala sur, donde se presenta el mayor número de casos, y finaliza nuevamente en el ala norte, donde se presenta la mayor tasa de ataque. Frente a esta situación, se intentó controlar el desplazamiento de personal.

El establecimiento de la vigilancia activa permitió identificar nuevos casos, controlar las complicaciones derivadas de la parotiditis y los posibles eventos adversos seguidos a la vacunación, tales como la encefalitis, a través de controles plaquetarios en internos, y mejorar la eficacia de medidas de control como el aislamiento de enfermos en el patio de alta seguridad y la restricción de visitas.

La vacunación masiva disminuyó el número de personas susceptibles, lo cual se refleja en la disminución del número de casos.

Algunos de los factores de riesgo que fueron determinantes en la propagación del brote, identificados en un estudio en China (2), estuvieron presentes en el brote objeto de este trabajo, sin registro adicional de antecedentes en Colombia; dichos factores incluyeron:⁵

- Sobreocupación.
- Acueducto y alcantarillado deficientes.

5 Informe del 23 de diciembre de 2011 (Caprecom).

- Hábitos inadecuados.
- Menaje compartido.
- Cigarrillos y otros, también compartidos.
- Ventilación deficiente.

Medidas de control

Dentro de las medidas de control que se instauraron de forma concertada con el personal del INPEC, Caprecom y la SDS (ESE del Sur y Nivel Central) estuvieron:

- Educación sobre la enfermedad y sobre medidas preventivas, a través de internos promotores de salud.
- Aislamiento de personas enfermas; confirmación de casos por laboratorio clínico.
- Detección por búsqueda activa de casos, y valoración médica inmediata.
- Se mantuvo la restricción de visitas en los siguientes grupos: menores de 2 años, gestantes que cursen primer trimestre y personas mayores de 60 años.
- Control de visitantes de ONG, de organizaciones religiosas y de las demás organizaciones que tengan contacto con población masiva.
- Control de desplazamientos de internos entre patios, aéreas comunes y otros centros carcelarios.
- Se estableció el uso de tapabocas permanente entre el personal interno, los guardias, quienes lleven a cabo traslados, todo el personal que labora en la institución y los visitantes.
- Se intensificaron medidas de limpieza y desinfección en el menaje de cocina.
- Jornadas de vacunación a la población de internos y de guardianes.
- Vigilancia a la población más vulnerable (pacientes VIH positivos, etc.).
- Monitoreo permanente de nuevos casos, de complicaciones y de ESAVI.

Lecciones aprendidas y conclusiones

La experiencia en el control de eventos transmisibles en la cárcel La Modelo generó nuevos conocimientos sobre el manejo de un brote (en este caso, parotiditis) en la población carcelaria del país. Como consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS), entre otros, ajustaron lineamientos para atender enfermedades en los reclusorios del país; en dicho trabajo participaron el INPEC, Caprecom y otros actores involucrados.

Las situaciones particulares en una entidad carcelaria, tales como el hacinamiento, el acceso restringido, las condiciones inadecuadas en general y la dificultad para el aislamiento de los pacientes enfermos, entre otros aspectos, hicieron que este brote en particular implicara retos para todos los actores del SGSSS.

En primer lugar, hubo retos para la cárcel como tal, pues debió, en su momento, ajustar esquemas de trabajo para hacer una notificación más expedita del evento. Para la ESE, el desafío fue revisar y ajustar los procesos para la captura de información. La SDS, por su parte, tuvo que repensar el manejo de situaciones en brotes en condiciones especiales. El INPEC y su operador de salud, Caprecom, debieron asumir el control de un brote de amplia magnitud con el personal disponible y con el apoyo de la SDS reorganizando dentro del establecimiento los protocolos de atención y reforzando la vigilancia epidemiológica.

Estas son algunas de las acciones que se llevaron a cabo y fueron fundamentales para el control del brote:

- Involucrar a todos los actores necesarios para dar respuesta integral; esto es: la SDS, la ESE del Sur, el INPEC, Caprecom y el Ministerio de Salud y Protección Social; no se deben comenzar acciones independientes ni tardías.
- Se requiere un protocolo para atender brotes entre la población cautiva, con énfasis en las cárceles. Al momento de la publicación del presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social prepara el lanzamiento del respectivo documento, el cual señala a los responsables y las responsabilidades del caso.
- Reconocer cuándo ha sido sobrepasada la capacidad del nivel local para dar respuesta a tal tipo de situaciones.

- La estrategia de vacunación (en este caso, SR-SRP) sí fue efectiva en poblaciones con las características apremiantes, y fue contundente en el control de la enfermedad. El seguimiento de los ESAVI, junto con la explicación a la personas sobre lo que se puede esperar al vacunarse, es necesario para hacer el control respectivo.
- Algunas medidas de control (aislamiento y restricción de las visitas) fueron necesarias; sin embargo, aun con las explicaciones a la comunidad sobre por qué se tomaron, implicaron la no visita por familiares durante casi un mes (situación compleja en personas que solo ven una vez a la semana a su familia) y el aislamiento de los enfermos, con lo cual algunos, deliberadamente, se negaron a notificar la enfermedad, por miedo a perder el contacto con los suyos durante los horarios de visita.

La notificación de los eventos en salud presentados en poblaciones cautivas debe hacerse de inmediato al respectivo ente territorial en salud; no importa si son pocos los casos iniciales, pues, muy seguramente, como ocurrió en este caso, con la implantación de medidas al inicio del brote el número de personas afectadas quizá habría sido menor. No son excusables demoras en ninguno de los componentes del sistema.

Por otro lado, las condiciones de seguridad propias de un establecimiento carcelario pueden dificultar el acceso por parte del personal de salud a la caracterización del brote y la ejecución de acciones como la vacunación; en tal sentido, son indispensables un adecuado acompañamiento y una buena coordinación, así como explicaciones claras, no necesariamente técnicas, a las personas retenidas sobre lo que está pasando y qué se está haciendo para evitar el avance, en este caso, del brote.

Agradecimientos

A todo el personal de la cárcel La Modelo (incluidos los internos y sus familias); al INPEC; a Caprecom; al Ministerio de Salud y Protección Social; a la SDS, y a la ESE del Sur, que hicieron posible conseguir la información y ejecutar las acciones que permitieron el control del brote.

Referencias

1. Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles (Eventos inmunoprevenibles). Protocolo de Vigilancia de Parotiditis, INS (Instituto Nacional de Salud) Bogotá, 2009, página 2-6.
2. Chuanxi F, Jianhua L, Ming W. Matched case-control study of effectiveness of live, attenuated S79, Mumps Virus Vaccine against Clinical Mumps. Clin Vaccine Immunol. 2008;15:1425-8.
3. Boaventura A dos S, Tani SR, Marilina B, et al. An evaluation of the adverse reaction potential of three measles-mumps-rubella combination vaccines. Pan Am J Public Health. 2002;12:240-6.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento de posición de la OMS, Vacunas anti-parotídicas [internet]. s. f. [citado 2011, dic. 1]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/mumps_Spanish.pdf
5. Martín Peña A, Riedeman S, Garrido E. Parotiditis y vacuna antiparotídica: perfil de seguridad de las cepas del virus de parotiditis en las vacunas combinadas trivalentes. Arch Venez Pueri Pediatr. 2002;65:68-75.
6. Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS), Centro Nacional de Enlace. Informe epidemiológico mensual, semanas epidemiológicas 1-53 de 2008 a 1-8 de 2009. Bogotá: INS, MPS.
7. Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS). Guía para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en establecimientos carcelarios y penitenciarios, en construcción (2001-2012). Bogotá: MPS; 2012.

Recibido para evaluación: 24 de mayo de 2012

Aceptado para publicación: 22 de diciembre de 2014

Correspondencia

José Jewel Navarrete Rodríguez
Vigilancia en salud pública
Secretaría de Salud de Bogotá
Carrera 32 # 12-81
jjnavarrete@saludcapital.gov.co