Actualización de Alerta Epidemiológica

Riesgo de reaparición de la transmisión endémica del sarampión en el Perú agosto de 2018

CÓDIGO: AE – CDC Nº 010 - 2018

I. Objetivo

La presente Alerta Epidemiológica tiene alcance nacional y está dirigida a todos los establecimientos de salud bajo jurisdicción de las GERESA/DIRESA/DIRIS, EsSalud, FFAA, PNP, Solidaridad, redes y otros establecimientos de salud públicos o privados. Éstos deberán continuar con las actividades de vacunación antisarampionosa e intensificar la vigilancia epidemiológica, la investigación de casos y el diagnóstico de laboratorio del síndrome febril con erupción maculo-pápular, a fin de asegurar una respuesta rápida para las acciones de prevención y/o control frente a casos sospechosos o confirmados de sarampión.

II. Antecedentes

Desde finales del 2017, Venezuela presenta un brote con transmisión activa en todos los estados y el Distrito Capital. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 29 de 2018, se notificaron 4.272 casos confirmados de sarampión (727 del 2017 y 3.545 del 2018) incluidas 62 defunciones.

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la SE 33 de 2018, se notificaron 5.004 casos confirmados de sarampión, incluidas 68 defunciones, en 11 países de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (8 casos), Brasil (1.237 casos, incluido 6 defunciones), Canadá (19 casos), Colombia (60 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (107 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos) y Perú (4 casos).

En el Perú, el último caso autóctono reportado fue en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En el año 2008 se identificó un caso importado de la India y en el 2015, 4 casos relacionados a la importación.

Entre la SE 08 y SE 33 del 2018 se han confirmado 4 casos de sarampión. De éstos, dos tienen fuente de infección desconocida en residentes peruanos sin antecedente de viaje fuera del país y dos casos fueron importados desde Venezuela. Los cuatro casos confirmados son del sexo masculino El genotipo aislado en los dos primeros casos corresponde al D8 proveniente de la India; mientras que los dos últimos corresponden al genotipo D8 de procedencia de Venezuela.

III. Situación actual

Entre la SE 33 y 34, la DIRESA Callao, reportó **dos nuevos casos** de sarampión en menores de 6 años y 9 meses, respectivamente, procedentes de las localidades de San Juan Bosco y AAHH Ramón Castilla del distrito y provincia del Callao. Ambos vienen siendo clasificados como casos de sarampión **con fuente de infección desconocida** al no haber relación directa con un caso importado, ni viajes a otros lugares. La investigación epidemiológica está en curso

IV. Medidas a tomar

En el actual escenario epidemiológico de elevada probabilidad de presencia de casos importados de sarampión y de casos o brotes relacionados a la importación en el territorio nacional, la principal medida para evitar la diseminación y que se reestablezca transmisión endémica del sarampión es: La vacunación de la población susceptible y un sistema de vigilancia sensible para detectar, oportunamente, todo caso sospechoso de sarampión y de inmediato tomar medidas de contención.

Vigilancia epidemiológica

- **Notificación e investigación de casos:**
  - Difundir a todo el personal de salud la **definición de caso sospechoso de sarampión**: *"Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo-papular, no vesicular".*
  - **Notificación inmediata de todo caso sospechoso** e investigación utilizando la ficha de investigación clínico-epidemiológica por el personal de salud responsable de la atención médica del caso, quien reporta el caso al responsable de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud. (Ver nota técnica del anexo).
  - El responsable de epidemiología realizará el llenado correcto de la ficha, legibilidad de la letra y la consistencia de los datos escritos en la ficha. Asimismo, realizara el visado obligatorio de la ficha de investigación clínico-epidemiológica. Simultáneamente se enviará una copia de la ficha de investigación a laboratorio para que realice la obtención de la muestra para aislamiento viral y serología e **investigación epidemiológica dentro de 48 horas de haber conocido el caso** según lo establecido en la *"Directiva Sanitaria N°049 MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas".*
  - Se implementa a partir de la fecha, la notificación diaria de casos sospechosos de sarampión. Cada GERESA/DIRESA/DIRIS reportará al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades vía correo electrónico ***brotes_dge@dge.gob.pe*** la notificación positiva de casos y la notificación negativa en situación de no tener ningún caso sospechoso. En los casos en que la notificación sea positiva, se remitirá adicionalmente la ficha de investigación escaneada, el corte para el envío de la información será a las 15:00 horas cada día.
  - Cada DIRESA/GERESA o DIRIS, implementará una sala de situación que contenga información epidemiológica, seguimiento de contactos, información sobre la búsqueda activa institucional (BAI), avance de las coberturas de vacunación y será actualizada de manera semanal. Así como la búsqueda activa comunitaria (BAC), además de la búsqueda activa laboratorial (BAL) de resultados de febriles en muestras de casos de dengue y zika[1].

- **Medidas de Contención:**

El periodo de transmisión del sarampión es cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema. En este periodo, se deben tomar medidas para evitar y controlar la propagación de la infección, como el aislamiento y monitoreo de los contactos.

[1] En zonas de transmisión de dengue y zika, estas entidades deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial con casos de sarampión por la presentación de cuadros de febriles exantemáticos en estas enfermedades.

- Ante la presencia de Caso Confirmado: Se procederá a vacunar, a **TODOS** los contactos identificados dentro de las primeras 72 horas. El nivel nacional, determinará los rangos de edades a vacunarse y establecerá los lineamientos correspondientes en función del análisis epidemiológico.
- Ante caso confirmado con Casos Secundarios: Esta vacunación deberá realizarse también dentro de las primeras 72 horas de confirmación del caso secundario.
- Convocar al equipo técnico de inmunizaciones para evaluar las coberturas de vacunación de SPR segunda dosis (Refuerzo); evaluar las tasas de notificación, y la oportunidad de investigación de casos de sarampión/rubéola a nivel distrital y en cada establecimiento de salud para identificar brechas e implementar estrategias para reducirlas.

Procedimientos para la obtención de muestras para el diagnóstico de sarampión o rubéola

Cada GERESA/DIRESA debe contar con la disponibilidad de insumos para la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y medios de trasporte viral, así como el traslado oportuno de las muestras al laboratorio referencial del Instituto Nacional de Salud (INS), dentro de 5 días de captado el caso.

- Se obtendrá una muestra de sangre e hisopados nasal y faríngeo, al primer contacto con el paciente sospechoso de sarampión o rubéola.

Suero sanguíneo: Para detección de anticuerpos anti-sarampión o anti-rubéola

- Extraer 5 mL de sangre venosa en tubo sin anticoagulante.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrífuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril. Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C y trasladar imediatamente al INS; hasta que el laboratorio regional realice el diagnóstico serológico.
- Se debe obtener y enviar una segunda muestra de suero en los siguientes casos:
    - Cuando la muestra de sangre ha sido obtenida antes de los tres días del inicio de la erupción.
    - Cuando se obtuvo resultados **VALOR LIMITE O INDETERMINADO**, debiendo realizarse a los 15 días de inicio de la erupción para evaluar seroconversión.

Hisopado nasal y faríngeo: Para diagnóstico molecular

- Obtener muestras de hisopado nasal y faríngeo hasta los primeros 5 días de iniciada la erupción.
- Para la obtención de la muestra se deberá usar el kit para toma de muestra (02 hisopos de dacrón estéril y medio de transporte viral MTV), conservado a temperatura +2 a +8°C
- Luego de humedecer uno de los hisopos en el MTV, se obtendrá la muestra de una de las fosas nasales realizando movimientos rotatorios.
- Con el segundo hisopo y utilizando un baja lengua, se obtendrá la muestra de la parte posterior de la faringe.
- Colocar ambos hisopos en el MTV[2] y romper el excedente del mango de los hisopos para permitir el cierre hermético del tubo.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia

- Conservar a temperatura +2 a +8°C
- Enviar la muestra inmediatamente al Instituto Nacional de Salud (INS) manteniendo la cadena de frío de +2 a +8°C.

Acciones de promoción de la salud:

- Identificar los espacios o instancias multisectoriales o quien haga sus veces (Consejo Regional de Salud, Municipios, Mesas de concertación de lucha contra la pobreza, Mesas multisectorial de Salud, Redes de instituciones educativas, guarderías, wawawasi, PRONOI, Programas sociales entre otros) a nivel regional y local para que la DIRESA en coordinación con el gobierno regional de a conocer la información básica y oportuna para fomentar el cumplimento del esquema de vacunación y la vacunación en grupos de riesgo.
- Identificar los espacios o instancias comunales (juntas vecinales, organizaciones sociales de base entre otros) o quien haga sus veces para el fortalecimiento de la difusión acerca de los mensajes claves relacionados a la enfermedad y la importancia de detectar oportunamente los casos sospechosos.
- Articulación con los Ministerios de Inclusión Social y MINCETUR para la promoción de prácticas y entornos saludables relacionados con sarampión en su población objetivo y para el trabajo con comunidades indígenas.
- Establecer contacto y coordinación con grupos de inmigrantes organizados en la jurisdicción de la GERESA/DIRESA, dada la posibilidad de que un nuevo inmigrante en periodo de incubación podría llegar y tener contacto con ellos, si alguna persona desarrollara un cuadro de sospecha de sarampión, debe ser llevado a un establecimiento de salud para ser evaluado y tomar las medidas pertinentes de control epidemiológico.
- Implementar un plan comunicacional dirigido a la población general, puntos de entrada (aeropuertos, puertos y pasos fronterizos) con mensajes claves de identificación de signos y síntomas, teléfono de contacto con sistema 24/7 y listado de establecimientos de salud disponibles para la atención.
- Difusión de mensajes en salas de espera de los EE.SS. y redes sociales.
- Fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, con énfasis en los siguientes temas: Importancia de la vacunación de acuerdo al esquema de vacunación regular, comportamiento saludable, conocimiento básico sobre la sintomatología de un caso sospechoso y su reporte oportuno al establecimiento de salud más cercano.
- Continuar con la capacitación al personal de salud para garantizar la pronta identificación, notificación e investigación de todo caso de enfermedad febril eruptiva.
- Las actividades diarias y semanales continuarán hasta el alta epidemiológica (contados a partir de la presentación del último caso confirmado hasta tres periodos de incubación).
- Intensificar la promoción de prácticas saludables relacionadas al cuidado y autocuidado contra el sarampión: higiene de la piel, salud respiratoria, vacunación
- Fortalecer las capacidades del personal de salud en prácticas y entornos saludables frente al sarampión.

Atención y aislamiento hospitalario:

- Garantizar el acceso a la atención de los casos sospechosos de sarampión.
- Triaje y atención diferenciada de los casos sospechosos.
- Garantizar ambientes de aislamiento para casos complicados.

Aislamiento domiciliario: A los pacientes sospechosos de sarampión debe indicarse que debe permanecer en su domicilio sin salir hasta cinco días después del inicio del exantema. Durante este período de aislamiento, no deben tener contacto con miembros de la familia susceptibles (por ejemplo, lactantes y adultos sin vacunar) y sólo deberán tener contacto o recibir visitas de personas vacunadas.

Hospitalización:

- Dado el alto riesgo de transmisión intrahospitalaria, los pacientes con sarampión no deben ser hospitalizados a menos que sea totalmente necesario. En este caso los centros hospitalarios deben tomar precauciones para impedir la transmisión intrahospitalaria.
- Todos los trabajadores de salud deben ser vacunados contra el sarampión (Vacunación SR). Además de las precauciones ordinarias (por ejemplo, lavado de manos, empleo de guantes cuando se manipulen secreciones orgánicas, utilización de batas), deben tomarse precauciones especiales para evitar la propagación de agentes patógenos transportados por el aire. La puerta de la habitación debe mantenerse cerrada, y no se debe permitir el acceso a ninguna persona susceptible.
- El paciente sólo debe salir o ser trasladado fuera de la habitación cuando sea imprescindible debe usar una mascarilla.

Monitoreo de los contactos cercanos:

- Se deben detectar todos los contactos cercanos de un paciente sospechoso de padecer sarampión y se deben vigilar estrechamente durante las cuatro semanas que siguen al día del inicio del exantema en el paciente.
- Debe considerarse contacto a: **Todas las personas que vivían en la misma casa u otras dependencias cercanas al paciente sospechoso mientras este era contagioso**.
- Debe confeccionarse una lista detallada de todos los contactos con sus nombres y direcciones. Se debe averiguar las vacunas que han recibido, si han presentado síntomas o signos clínicos sugestivos de sarampión o rubéola, y si han viajado últimamente.
- Los contactos que aún no han recibido dos dosis de la vacuna deben considerarse como susceptibles y ser vacunados inmediatamente.
- Los contactos cercanos deben permanecer en sus viviendas (cuarentena domiciliaria), no deben asistir a la escuela, al trabajo o a otros centros muy concurridos, como iglesias, clubes o guarderías.
- Si han transcurrido menos de cinco días desde el inicio del exantema en el paciente sospechoso de sarampión, todos los contactos deben recibir instrucciones con respecto a la permanencia en sus hogares, estén vacunados o no. Se les debe informar sobre los síntomas prodrómicos, y deben recibir instrucciones para que permanezcan en casa si aparecieran tales síntomas durante el período de monitoreo de cuatro semanas y entren en contacto con las autoridades sanitarias.

- **Vacunación contra Sarampión:**

El equipo técnico de inmunizaciones debe evaluar las coberturas de vacunación de SPR a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.

Vacunación preventiva:

- Intensificar las actividades rutinarias de vacunación en menores de 5 años para lograr y mantener coberturas homogéneas del 95 % con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los distritos del país.
  - Cierre de brechas para culminar barrido de vacunación 2016.
  - Garantizar las dos dosis de la vacuna contra SPR en el niño menor de 2 años (1ra dosis: 12 meses y 2da dosis: 18 meses).
  - El personal de salud deberá comprobar antecedentes de vacunación como una obligatoriedad, en todo niño menor de 05 años
  - Vacunar y/o completar con la vacuna contra SPR a los niños menores de 5 años que por alguna razón no fueron vacunados.
  - En caso de demanda de vacunación establecer un puesto de vacunación de atención rápida.
  - Mantener el stock de vacunas al día en cada establecimiento de salud.
  - Intensificar actividades regulares de educación en las salas de espera, hospitalización y en salas de urgencia.
- Debe vacunarse contra el sarampión a poblaciones en mayor riesgo de contagiarse:
  - Personal de salud (asistencial y de salud pública),
  - Personas que trabajan en transporte especialmente en la ruta desde la frontera norte hacia la capital, personal de hoteles, aeropuertos,
  - Niños de 1 a 4 años zonas de frontera,
  - Trabajadores del sector turismo, migraciones, aduana, comerciantes formales e informales,
  - Personal de educación que tiene contactos con niños, cuidadores de niños y adultos mayores en guarderías y asilos,
  - Trabajadoras sexuales
  - Viajeros internacionales que salen del país hacia lugares donde hay transmisión de sarampión (Europa, Asia).
  - Las DIRESAS/GERESAS en cuya jurisdicción tienen comunidades indígenas, deben considerarlas como poblaciones en elevado riesgo para sarampión y deben ser vacunadas con prioridad de los niños de 1 a 4 años.

- **Vacunación frente a la ocurrencia de casos:**

- Se vacunará con la vacuna triple viral (SPR) o doble viral (SR) disponible, en las siguientes circunstancias:
- Ante la presencia de un Caso Sospechoso: El establecimiento de salud responsable del ámbito donde reside el caso, dará el inicio del bloqueo dentro de las 72 horas y comprende la vacunación de los niños entre 1 a 4 años, que no tienen el esquema de vacunación completo.
- El ámbito de vacunación en zona urbana comprenderá un total de 121 manzanas distribuidas alrededor de la manzana donde se encuentra la vivienda del caso (hasta 5 manzanas a la redonda), y en zona rural comprenderá a todas las viviendas de la comunidad.
- Vacunación a los trabajadores de salud no vacunados en todas las zonas en que se presenten casos confirmados.
- Reducir la edad de vacunación a 6 meses, como dosis "cero", a los contactos de caso confirmado antes de las 72 horas de la exposición.

- Los establecimientos de salud deben contar con un diagrama de flujo para la atención, así como protocolos de manejo de casos sospechosos.
- Capacitar a los profesionales de salud en manejo de casos complicados
- Contar con un registro de personal de salud adecuadamente vacunado para la atención.

Los directores de los hospitales/institutos del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, sector privado, GERESA/DISA/DIRESA/DIRIS y establecimientos de salud, así como laboratorios de diagnóstico, deberán difundir y velar por el cumplimiento de la presente alerta.

Anexos [3]

Nota Técnica

Se considera como **caso sospechoso** al de cualquier paciente que un trabajador de salud sospeche que tiene sarampión o rubéola, o que presente fiebre y exantema.
A partir de la investigación, todos los casos sospechosos se deben clasificar en una de estas tres categorías mutuamente excluyentes:

- **Caso confirmado por laboratorio** es un caso sospechoso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.
- **Caso confirmado clínicamente** es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente.
- **Caso descartado** es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa, incluida la obtención a tiempo de una muestra de sangre, pero que no presenta pruebas serológicas que confirmen una infección por el virus del sarampión o la rubéola.

Según la fuente de infección, los casos confirmados se deben clasificar además en una de estas tres categorías mutuamente excluyentes:

- **Caso importado de sarampión** es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto al virus fuera del continente americano durante los siete a 21 días anteriores al inicio del exantema. En el caso de la rubéola, este plazo es de 12 a 23 días.
- **Caso relacionado con importación** es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión iniciada por un caso importado.
- **Caso con fuente de infección desconocida** es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección

La clasificación según la fuente de infección de los casos confirmados es esencial para evaluar si en un país ha reaparecido la transmisión endémica del virus del sarampión o la rubéola. Específicamente, la **reaparición de la transmisión endémica** es una situación en la cual la cadena de transmisión no se interrumpe durante un período superior a 12 meses.

Organización Panamericana de la Salud Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, © 2007. (Publicación Científica y Técnica No. 605) Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guiapractica_sarampion%20ESP.pdf

[3] Tomado de: Organización Panamericana de la Salud Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, © 2007. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guiapractica_sarampion%20ESP.pdf

Recuadro 6. CONSIDERACIONES IMPORTANTES PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

NOTA: durante el primer contacto, el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener información básica, datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, ya que podría ser el único contacto con el paciente.

1. En cuanto un trabajador de salud sospeche que un paciente tiene sarampión o rubéola, se debe informar a éste o a sus padres de que el personal de salud pública irá a visitarlo a su domicilio. Se debe explicar el programa de eliminación del sarampión y rubéola, y el motivo por el que es necesaria la visita.
2. Fijar un día y hora para visitar la familia de modo que coincida con un momento en que probablemente todos sus miembros estén en casa; esto puede significar una visita vespertina.
3. El día de la visita se deben llevar fichas para la notificación e investigación de casos y vacuna antisarampionosa/antirrubeólica. Sólo se deben obtener muestras de sangre de los pacientes sospechosos de padecer sarampión.
4. Preguntar si hay otros casos sospechosos en la casa, en las casas vecinas o en el vecindario. Se debe tener en cuenta que algunos pacientes podrían estar en el período de incubación o en las fases iniciales de la enfermedad que cursan sólo con fiebre y síntomas similares a los de la gripe. Es importante que la familia sepa a quién llamar si aparece un exantema en otra persona. Además, durante cuatro semanas se deben hacer visitas o llamadas telefónicas cada dos días para preguntar si se han producido nuevos casos en el hogar.
5. Se debe recomendar a todas las familias que mantengan al paciente en casa y permitir sólo las visitas imprescindibles hasta que desaparezca el exantema.
6. Preguntar a los familiares si saben cuándo y dónde contrajo la enfermedad el paciente. Será necesario explicarles el período de incubación y que, después de la exposición, los síntomas tardan unos 10 a 14 días en aparecer. Es importante recordar que el paciente podría haber estado expuesto a alguien que no tuviera exantema, ya que el sarampión y la rubéola son muy contagiosos incluso antes de que aparezca la erupción cutánea.
7. Visitar todas las casas vecinas (por ejemplo, todas las viviendas situadas en un radio de 100 a 1000 metros alrededor del hogar del paciente o en la misma manzana o barrio) y preguntar personalmente si ha habido algún caso de fiebre y exantema durante el mes anterior. Se debe comprobar también el estado de vacunación de todos los niños menores de 15 años que viven en esas casas.
8. Investigar todas las notificaciones de enfermedades exantemáticas o, en general, de procesos similares a la gripe. Tal vez sea necesario pedir que el personal de otros centros de salud acuda a los domicilios de las posibles fuentes para determinar si se ha producido una enfermedad exantemática e investigar completamente el caso.
9. Además, se deben visitar los centros de preescolares, las guarderías, las escuelas, los grupos de las iglesias, etc., de la zona para determinar si se han producido enfermedades febriles y exantemáticas.
10. Vacunar o revacunar a los miembros de la familia y a los vecinos o compañeros de juego o de la escuela que hayan estado en contacto directo con el paciente durante el curso de la enfermedad. Esto incluye generalmente a niños de entre 9 meses y 14 años de edad. Llevar formularios de consentimiento para la vacunación a fin de que, si es necesario, los maestros se los entreguen a los padres para que autoricen la vacunación de sus hijos.

MINISTERIO DE SALUD JEFE DE EQUIPO MANUEL J. LOAYZA VILLANUEVO CDC

MINISTERIO DE SALUD EJECUTIVA ADJUNTA - I GLADYS M. RAMIREZ PRADA CDC

MINISTERIO DE SALUD CDC