



Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS EN PROCESO DE ELIMINACION

COMAS, 26 DE OCTUBRE DEL 2011

JULIO MANUEL RUIZ OLANO

Médico Especialista en Epidemiología de Campo



ELIMINACION DE LA ENFERMEDAD

Se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir una situación de eliminación, en la cual *no existen casos de la enfermedad, aunque persistan los factores que potencialmente pueden producirla*, como la presencia del agente en el medio ambiente.



OBJETIVO

Vigilar, investigar y controlar la aparición de casos de enfermedades que fueron eliminadas o puedan actualmente estar siendo sujetas a un proceso de eliminación, debido que aun persisten los factores que potencialmente pueden producirla.



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTEGRADA DEL SARAMPIÓN Y RUBÉOLA



PROPÓSITO DE LA VEI – SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

Cuando el país ha certificado la interrupción autóctona de los virus sarampión y ha realizado el control acelerado de la rubéola

- Investigar de manera rápida el caso sospechoso de sarampión o rubéola supuestamente autóctono o importado.**
- Realizar las actividades que eviten o limiten la transmisión secundaria en susceptibles.**



DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso de sarampión o rubéola

Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola o todo caso que presente fiebre y erupción exantemática máculo papular generalizada, NO vesicular.

Es una definición de caso **sensible y específico a la vez**. Sensible, se basa en el juicio de valor del personal de salud que sospecha que es un caso de sarampión o rubéola; y específica, debido que el personal de salud debe saber cuantificar la fiebre, reconocer una erupción exantemática y máculo papular y diferenciarla de la vesicular.



OBJETIVOS

- **Detectar, notificar, investigar y clasificar los casos sospechosos de sarampión o rubéola.**
- **Implementar a la brevedad posible las acciones para la interrupción de la cadena de transmisión.**
- **Monitorear y analizar de manera periódica las coberturas de vacunación regular y obtener el índice de riesgo.**



DETECCION DE CASOS SOSPECHOSOS

El SVE para las enfermedades eliminadas o en proceso de eliminación, debe tener como atributo esencial, la ***sensibilidad***; es decir tener la capacidad de detectar los casos de sarampión y rubéola.

El atributo cualitativo del SVE utilice va a depender del tipo de vigilancia epidemiológica que se realice.



NOTIFICACIÓN

Los trabajadores de salud, médicos, enfermeras, personal técnico de enfermería o sanitario y auxiliares administrativos encargados del registro; deben ***notificar de manera inmediata dentro de las 24 horas de conocido el o los caso(s) sospechoso(s) de sarampión o rubéola*** a las autoridades locales encargadas de la vigilancia.

El Perú, utiliza la ficha clínico epidemiológica.



FLUJO DE LA NOTIFICACIÓN

Es ascendente desde el establecimiento de salud local de menor complejidad hasta la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS – OMS).



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

Cuando se notifica un caso sospechoso de sarampión y/o rubéola, debe iniciarse inmediatamente la investigación.

Tiene tres elementos principales:

- ***La visita domiciliaria*** dentro de las 48 horas posteriores a la notificación.
- ***La obtención de todos los datos pertinentes***: FI del exantema, FN, F. Investigación, fecha de obtención de la muestra, tipo de exantema, presencia de fiebre, fechas de las vacunaciones anteriores contra el sarampión y la rubéola.
- ***La búsqueda activa de casos.***



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CASO

- Llenar la ficha de notificación e investigación clínico epidemiológica.**
- Actualizar la lista de casos sospechosos.**
- Visitar en su domicilio al caso sospechoso.**
- Obtener muestras de sangre y suero para serología y el aislamiento del virus del caso.**



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CASO

- Implementar las medidas de control:
 - Aislamiento domiciliario del caso.
 - Búsqueda activa.
 - Monitoreo rápido de coberturas.
 - Vacunación de bloqueo.

- Seguir a los susceptibles que tuvieron contacto con el caso hasta el 7mo. día después del inicio del exantema.

- Clasificar el caso sospechoso.



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE BROTE

- Enfatizar la búsqueda activa y el MRC.**
- Informar a la provincia o distrito, a la red o microrred y establecimientos de salud aledaños o vecinos sobre la detección de actividad viral del sarampión o de la rubéola.**
- Censar a los familiares y personas que han tenido contacto con el caso.**



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE BROTE

- Determinar que otras áreas presentan actividad viral de sarampión o de la rubéola y cruzar información con los contactos del caso acerca si proceden, residen, visitaron o trabajan en estas áreas de actividad; sirve para detectar la fuente de la infección y decisión de iniciar la vacunación.**
- Aislar y seguir en sus domicilios a los contacto con signos de enfermedad.**



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE BROTE

- Obtener muestras para serología y aislamiento viral dentro de los 30 días siguientes al inicio del exantema, en los contactos enfermos o que se enfermaron.**
- Seguir a los contactos para comprobar si algunos de ellos se enferma.**
- Evaluar el grado de cobertura de la vacunación y vacunar contra el sarampión a los no vacunados mediante el método del monitoreo rápido de cobertura.**



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE BROTE

- Vacunar a los contactos no vacunados (susceptibles) con la doble viral sarampión y rubéola.**
- Elaborar la cadena epidemiológica de los principales casos sospechosos de cada área. Ver más adelante.**



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE BROTE

Desde el 2006, el país ha consolidado finalmente la eliminación del virus salvaje del sarampión y ha controlado e interrumpido de manera acelerada la circulación autóctona del virus de la rubéola entre los varones y mujeres de 2 a 39 años de edad, además de eliminar el síndrome de rubéola congénita; por lo tanto, ***la sola confirmación de un caso sospechoso de sarampión y/o rubéola es considerado una epidemia (emergencia sanitaria).***



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso confirmado por laboratorio

Es el caso sospechoso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio con resultado de Ig M (+) con los métodos de ELISA indirecto y directo respectivamente.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso confirmado por nexos epidemiológico

Es el caso sospechoso de sarampión o rubéola que tuvo contacto o estuvo vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio como sarampión o rubéola.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso confirmado clínicamente

Es el caso que ha sido clasificado después de ampliar la investigación clínica epidemiológica; en esta definición se incluyen los casos que no han tenido una muestra para serología o la muestra fue inadecuada (obtenida más allá de los 30 días, hemolizada, contaminada o mal conservada) y en los que no se ha demostrado nexo epidemiológico. En conclusión, es un caso sospechoso que no ha sido investigado adecuadamente.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso descartado

Es el 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.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso importado de sarampión o rubéola

Es el caso de sarampión confirmado por laboratorio que estuvo expuesto al virus fuera del continente americano durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema. En el caso de la rubéola, el periodo de exposición es de 12 a 23 días.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso relacionado con importación

Es el 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 de sarampión y rubéola.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso asociado a la vacuna

Es el caso sospechoso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio y que tiene como antecedente haber recibido la vacuna SR y la erupción aparece entre el 7mo. y 23vo. día.



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso asociado a la vacuna

Un caso sospechoso de sarampión puede clasificarse como descartado y ser diagnosticado de exantema relacionado con la vacuna si satisface los cinco criterios siguientes:

- El paciente tuvo una enfermedad exantemática, con o sin fiebre, pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañaran al exantema.
- El exantema apareció siete a 14 días después de la vacunación sarampión-rubéola (SRP).



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso asociado a la vacuna

- La muestra de sangre, que contenía anticuerpos de IgM específicos, se obtuvo entre 8vo. y 56vo. días después de la vacunación.
- Una minuciosa investigación sobre el terreno no logró detectar el caso índice ni ningún caso secundario.
- La investigación práctica y de laboratorio no pudo establecer otras causas (y tampoco se pudo detectar el virus salvaje del sarampión mediante cultivo).



CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS

Caso confirmado con fuente de infección desconocida

Es el 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 el país ha reaparecido la transmisión endémica o autóctona del virus del sarampión o la rubéola.



MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

- La vacunación con la triple viral.
- Prevención del riesgo en la población.
 - Búsqueda activa.
 - MRC.
 - Estimación Prevención de la enfermedad del Índice de Riesgo (IR)
 - Investigación de la cadena de transmisión.
- Medidas de control
 - Bloqueo zona urbana.
 - Bloqueo zona rural.
 - Barrido.



TABLA PARA EL CALCULO PERIODICO DEL INDICE DE RIESGO DE SARAMPION Y RUBEOLA

PROVINCIA, DISTRITOS y ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CALCULO DE SUSCEPTIBLES													CALCULO DEL INDICE		
	POBLACION DE UN AÑO (Población de cada año a partir del último barrio)						VACUNADOS SPR (Vacunados de cada año a partir del último barrio)						Nº DE NO VACUNADOS (A - B)	INEFICACIA DE LA VACUNA (B * 0,05)	TOTAL DE SUSCEPTIBLES (No vacunados + ineficacia de la vacuna)	INDICE DEL RIESGO (Total de susceptibles / la población de un año del último año)
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL (A)	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL (B)				
PROVINCIA DE BARRANCA																
DISTRITO DE SUPE																
Hospital Laura E. Rodríguez D.	8000	8500	9000	9500	10000	45000	7700	8200	8700	9200	9700	43500	1500	2175	3675	0,37
PS. Campiña																
PS. San Nicolás																
PS. El Porvenir																
PS. Caleta Vidal																
PS. Taytalaines																
PS. Caral																
PS. Virgen de las Mercedes																
PS. Liman																

Tomado del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica Integrada del Sarampión y de la Rubéola. Parte I. Oficina General de Epidemiología. 2005.



PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE DEBEN REALIZARSE SEGÚN EL INDICE DE RIESGO Y PORCENTAJE DE POBLACION SUSCEPTIBLE ACUMULADA

INDICE DE RIESGO	PORCENTAJE DE POBLACION SUSCEPTIBLE ACUMULADA	ACTIVIDADES	INICIO DE ACCIONES
Igual o mayor de 0,80	Entre el 80 y 100%	1. Informe a la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones.	Inmediato
		2. Realizar una campaña de vacunación en el ámbito distrital.	
		3. Búsqueda activa institucional y comunitaria.	
		4. Sensibilizar al RR.HH de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones local sobre las repercusiones sanitarias que trae consigo el no vacunar al 100% de la población programada.	
Igual o mayor de 0,79	Entre el 50 y 79%	1. Informe a la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones.	Inmediato
		2. Realizar una campaña de vacunación en áreas seleccionadas por el monitoreo rápido de coberturas.	
		3. Búsqueda activa institucional en distritos con establecimientos en silencio epidemiológicos.	
		4. Sensibilizar al RR.HH de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones local sobre las repercusiones sanitarias que trae consigo el no vacunar al 100% de la población programada.	



INVESTIGACION DE LA CADENA DE TRANSMISION DE UN CASO SOSPECHOSO DE SARAMPION O RUBEOLA

OCTUBRE												NOVIEMBRE												DICIEMBRE																																
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D																					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PERIODO PROBABLE DE INFECCION (Del 20 de octubre al 05 de noviembre del 2010)												INICIO DEL EXANTEMA	PERIODO PROBABLE DE APARICION DE CASOS SECUNDARIOS (Seguimiento de contactos = 678 aproximadamente, del 15 de noviembre al 8 de diciembre del 2010)																																											
<ol style="list-style-type: none"> 1. De lunes a viernes asiste al colegio privado mixto, en su aula hay 25 estudiantes. 2. Los sábados asiste a sus clases privadas de marinera norteña por 2 horas. 3. Los sábados entrena con sus pareja de baile de marinera norteña por 3 horas. 4. Los sábados de asiste a sus clases inglés por 4 horas, en su aula hay 25 alumnos. 5. Entre el 18 y 22 de octubre asistió a la I Feria de Danzas Típicas del Mundo en Vietnam, 5000 participantes y compartió habitación con danzarinas de la India, Nigeria, Pakistan, Etiopia, Marruecos y Filipinas. 6. El viernes 22 de octubre fue al aeropuerto (área internacional) a despedir a su padre. 7. Los domingos 24 y 31 de octubre asistió campeonatos de baile de marinera norteña. 8. El sábado 23 de octubre fue su cumpleaños número 15, asistieron a la fiesta 300 invitados de ellos dos eran extranjeros, un mexicano y un africano. 9. El sábado 30 de octubre celebró el día de canción criolla en su casa, asistieron 50 personas. 													<ol style="list-style-type: none"> 1. Colegio público mixto: 25 estudiantes y sus familiares, 10 de ellos viven en Miraflores, 5 en San Isidro, 5 en San Borja y 5 en La Molina. 2. Academia de baile de marinera norteña: 2 profesores; uno vive en Surco y el otro en Ancón. 3. Pareja de baile, mamá y hermana de este, todos ellos viven en los Olivos. 4. Academia de inglés: 25 estudiantes y una profesora, 15 viven en La Molina, 8 en San Isidro, 5 en Miraflores y 2 en Lince. 5. Asistentes al campeonato de hip hop: 25 personas, entrenador, chofer y 12 padres de familias que acompañaron; todos viven en La Molina. 6. Casa: Padres y hermana, total 3, todos viven en las Casuarinas. 7. Academia de baile de marinera norteña en Venezuela: 55 estudiantes. Todos viven en San Fernando de Apure - Venezuela. 8. Hospital: 4 personas del servicio de emergencia y 12 del servicio de hospitalización en total 16 y de ellas 8 viven en Santa Rosa, 6 en Ventanilla y 2 en Chancay. 9. Pasajeros del avión: 200 pasajeros de ida y 230 de vuelta son de diversas nacionalidades de Sur América. 10. Academia de baile de joropo venezolano: 34 estudiantes y dos profesores todos viven en San Fernando de Apure - Venezuela. 11. Pasajeros del avión: 200 pasajeros de ida y 230 de vuelta son de diversas nacionalidades de Sur América. 12. Fiesta en casa por cumpleaños de su mamá: 30 personas de ellas 10 viven en La Molina, 12 en Jesús María y 18 en San Borja. 																																											
PERIODO PROBABLE DE TRANSMISIBILIDAD (Del 05 al 17 de noviembre del 2010)												<ol style="list-style-type: none"> 1. De lunes a viernes asiste al colegio privado mixto, en su aula hay 25 estudiantes. 2. Los sábados asiste a sus clases privadas de marinera norteña por 2 horas. 3. Los sábados entrena con sus pareja de baile de marinera norteña por 3 horas. 4. Los sábados de asiste a sus clases inglés por 4 horas, en su aula hay 25 alumnos. 5. El sábado 6 de noviembre asistió a un campeonato de baile de hip hop con 20 amigos en un bus privado. En promedio 4 horas de viaje. 6. El domingo 7 de noviembre fue al aeropuerto (área internacional) a recibir a su padre que regresaba de la India. 7. Del domingo 7 en la noche hasta el jueves 11 de noviembre estuvo de viaje en Venezuela, Estado de Apure en el Municipio de San Fernando de Apure enseñando el baile de la marinera norteña a 55 alumnos y alumnas y aprendiendo a bailar el joropo con 35 estudiantes. 8. Desde el 8 al 11 de noviembre presentó tos, flujo nasal y sensación de alza térmica leve que se exacerbó el día 11 en la mañana y guardo cama hasta el medio día que tomo el avión hacia Perú. 9. El viernes 12 de noviembre, refiera que presenta erupción en cuello y luego en cara con ligera sensación de prurito y la sensación de alza térmica casi ha desaparecido. 10. El sábado 13 de noviembre fue cumpleaños de su mamá y comparte con 30 invitados por espacio de 3 horas. 11. El domingo 14 es internada por que la erupción se ha generalizado y es diagnóstica de Enfermedad Febril Eruptiva (EFE) a descartar Sarampión o Rubéola y Dengue Hemorrágico. Es aislada 6 horas después de hospitalizada en sala espeacial y su cama tiene mosquitero. 																																												

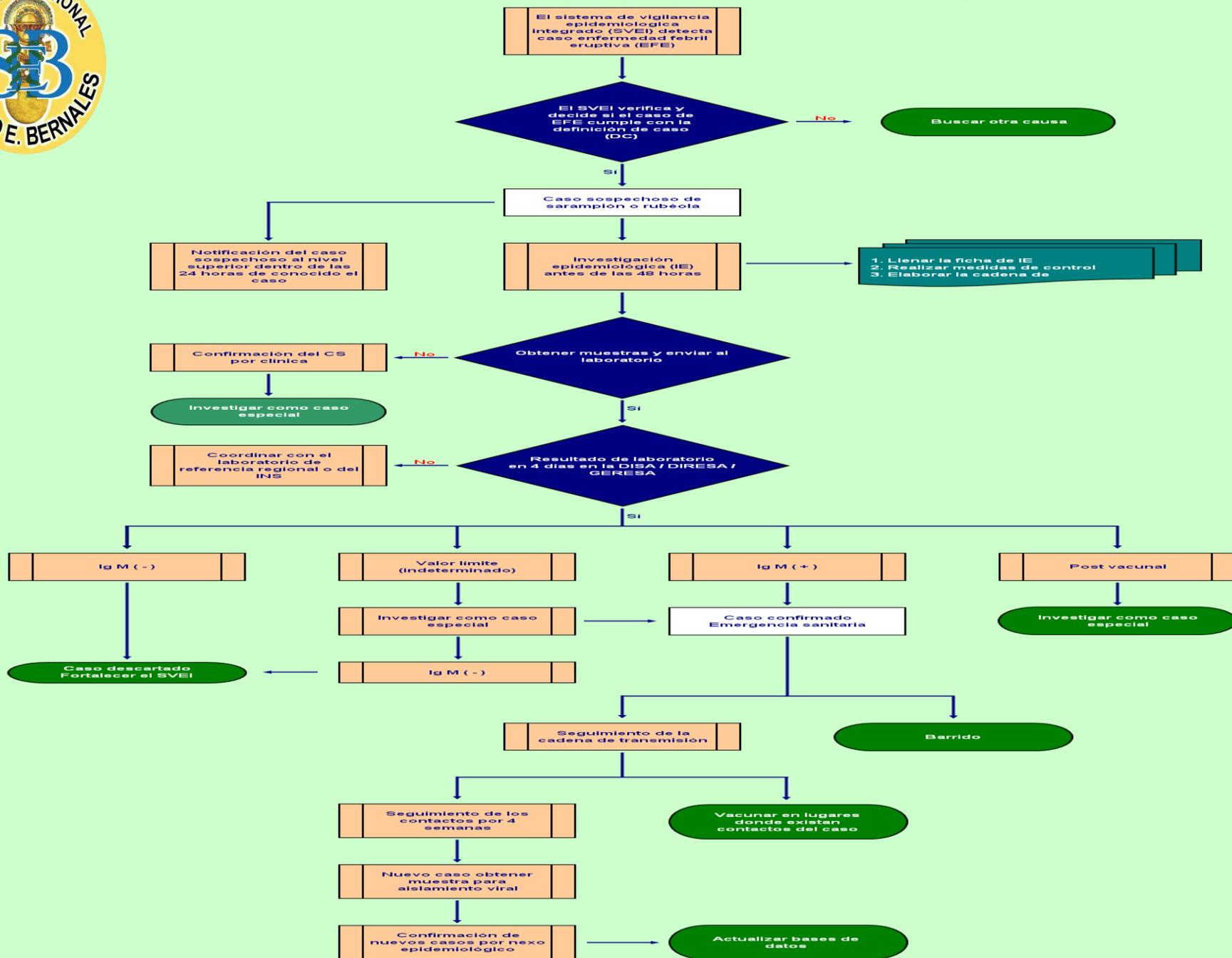


INDICADORES INTERNACIONALES

- Tasa ajustada de notificación.
- Notificación oportuna semanal.
- Porcentaje de casos investigados adecuadamente (llenado de ficha e investigación dentro de las 48 horas de notificación).
- Porcentaje de muestras que llegan al Instituto Nacional de Salud dentro de los 5 días de haber sido tomadas.
- Porcentaje de resultados en las DISAs o DIRESAs o GERESAs dentro de los 4 días de haber sido recibidas por el laboratorio.



ALGORITMO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INTEGRADA DEL SARAMPION Y DE LA RUBEOLA



Sarampión: Un caso importado

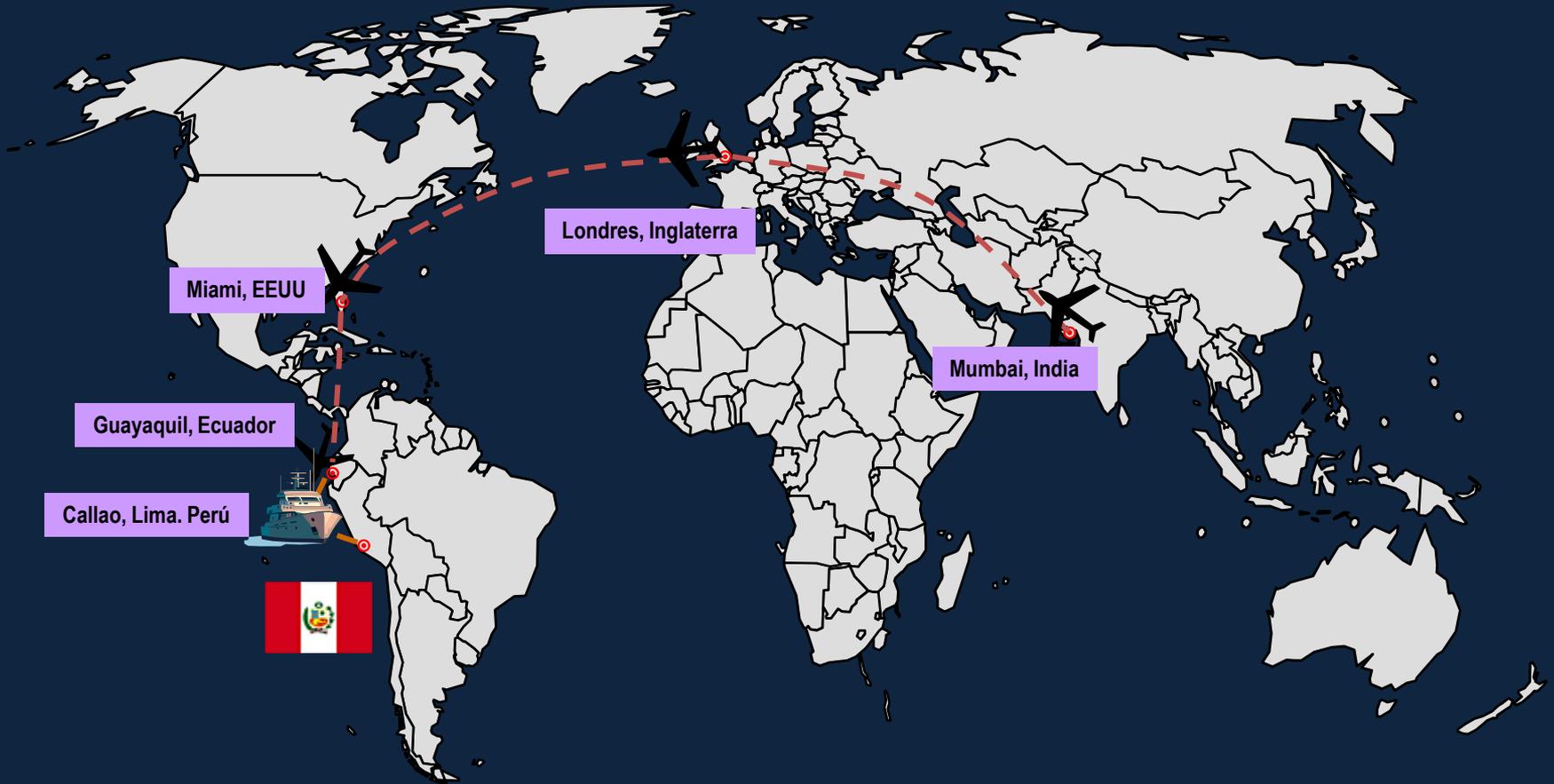
Por Mario Martínez – Consultor OPS Perú.

Lo cotidiano es lo que trasciende...

Investigación de un caso importado de sarampión



Sarampión: Ruta de importación



MAYO 2008: PREVENCIÓN DE UN BROTE DE SARAMPIÓN EN LIMA - PERÚ



Alerta epidemiológica



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

CASO IMPORTADO CONFIRMADO DE SARAMPIÓN EN EL PERÚ

Fecha: 03 de mayo del 2008

Objetivo

Mantener informadas a las DISA/DIRESA y unidades notificantes sobre la presencia de un caso importado confirmado de sarampión, procedente de la India.

Justificación

La posibilidad de reintroducción del virus salvaje del sarampión, desde otros países se hace evidente con los reportes de casos confirmados de sarampión en el mundo. Así tenemos que los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EUA (CDC) registran 64 casos confirmados de sarampión ocurridos entre el 1º de enero y el 25 de abril del 2008. Los casos se han reportado en la ciudades de Nueva York (22 casos), Arizona (15), California (12), Michigan y Wisconsin (4 en cada uno), Hawai (3), Illinois, Pensilvania, Virginia y el Estado de Nueva York (1 en cada uno). De éstos, 54 casos fueron importados o relacionados con importación. Del total de casos, 63 no habían sido vacunados o su estado vacunal era desconocido (13 niños eran menores de 6 meses, edad recomendada para la vacunación en situación de brote). Catorce pacientes han sido hospitalizados y ninguno ha fallecido.

En este contexto, es necesario reiterar los esfuerzos que viene realizando la RENACE para detectar oportunamente casos sospechosos, especialmente aquellos que provienen de países en los cuales aún circula el virus salvaje de sarampión.

Situación actual

El 01 de mayo la Clínica Vesalio de San Borja notificó un caso probable de sarampión, en un paciente varón de 19 años de edad, procedente de la India, ante lo cual la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, inició la investigación correspondiente aproximadamente dos horas después de recibir la notificación telefónica.

Se determinó que el paciente partió el 19 de abril de la ciudad de Bombay, con destino a la ciudad de Guayaquil, con escalas en Londres y Miami. El día 21 de abril llegó a Guayaquil y se trasladó el mismo día a Puerto Bolívar, donde se embarca en un navío cisterna de gas, de nombre Berge Nantong, inscrito en Hong Kong. El barco zarpó de Puerto Bolívar con rumbo al Callao el día 28 de abril, llegando el 30 del mismo mes a las 02:00 horas al Puerto del Callao, quedando en la bahía del Callao. El caso presentó prodromos de la enfermedad a partir del día 28 de abril y el día 01 de mayo presentó erupción en cabeza, cuello, tórax y miembros superiores. El caso no salió del barco desde el 21 de abril hasta el 01 de mayo, fecha en la que fue llevado a la Clínica Vesalio.

Las investigaciones iniciales determinaron que el caso notificado correspondía a un caso sospechoso de sarampión, por lo que el mismo día 01 de mayo se obtuvieron muestras para confirmación por el laboratorio del INS. El 02/05/08 el Instituto Nacional de Salud informó los resultados de ELISA indirecta IgM positiva e IgG negativa a sarampión en suero.

Se ha identificado a los contactos, tripulantes procedentes de la India y otros contactos peruanos en el barco y otras unidades móviles utilizadas para el traslado del caso. De ellos se han vacunado 38 personas contra el sarampión y se han tomado muestras de suero para dosaje de anticuerpos IgG e IgM, lo cual fue realizado por la DISA Callao. Por otro lado se han identificado 191 contactos en la Clínica donde fue atendido el paciente, los cuales fueron vacunados por la DISA Lima Ciudad, DISA Lima Sur y DISA Lima Este.

Asimismo, estas DISA vienen realizando el seguimiento clínico permanente de los contactos.

Acciones a seguir:

- Hacer efectiva y difundir la alerta epidemiológica a los servicios de Pediatría y emergencias de Hospitales, Clínicas y establecimientos de salud de primer nivel de su jurisdicción.
- Enfatizar la importancia de que en todo caso sospechoso de sarampión se debe:
Notificar de manera inmediata y por el medio disponible a la Oficina de Epidemiología de la DISA o DIRESA correspondiente y a la Dirección General de Epidemiología.
- Obtener muestra de suero y orina o hisopado nasofaríngeo y enviar inmediatamente al Instituto Nacional de Salud, en coordinación con el laboratorio de referencia regional, en cadena de frío.
- Construcción de la cadena de transmisión: censo de contactos, verificación de inmunidad (carnet o registro escrito de vacunación o antecedente de enfermedad) y programación de seguimiento hasta por tres semanas.
- Las Redes de servicios deberán programar la búsqueda activa institucional de casos sospechosos el día 22 de mayo, para los pacientes atendidos entre el 1 y el 22 de mayo.

Es responsabilidad de los jefes de establecimiento difundir en todo el personal de salud la presente alerta y hacer cumplir la notificación inmediata, investigación clínica epidemiológica oportuna y la búsqueda activa institucional de casos en los establecimientos de salud.

Lima, 03 de Mayo, del 2008.

Alerta epidemiológica: Comunicación a la Medicina Privada

Carta a los médicos que brindan atención privada

Lima, 03 de mayo del 2008

Estimado doctor:

El Ministerio de Salud se ha sumado a otros países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Alerta contra la importación de casos de sarampión y así sostener el proceso de la erradicación de esta enfermedad. Usted probablemente recuerde las exitosas campañas de vacunación (barrido) contra el sarampión que se realizaron en los años 1991, 1995, 1997 y 2001, además de la campaña de vacunación contra rubéola y sarampión dirigida a la población de 02 a 39 años que se realizó en el año 2006.

Según información oficial del Ministerio de Salud, se ha confirmado un caso importado de sarampión en el Perú, el caso fue notificado el 01 de mayo por la Clínica Vesalio de San Borja como caso probable de sarampión. El caso corresponde a un paciente procedente de la India, de 19 años de edad, sexo masculino. Inicia enfermedad el día 28 de abril, se agrega erupción dérmica el 01 de mayo, por lo cual es trasladado a la Clínica Vesalio. Luego de la evaluación realizada en este establecimiento de salud es notificado como caso probable de sarampión. Ante esta situación la DGE realizó la investigación clínica epidemiológica correspondiente, por lo que se toma muestras para confirmación de laboratorio. El día de sábado 03 de mayo, el INS informó los resultados de ELISA indirecta IgM positiva e IgG negativa a sarampión.

El paciente partió el 19 de abril de la ciudad de Bombay con destino a la ciudad de Guayaquil, con escalas en Londres y Miami. El día 21 de abril llega a Guayaquil y se traslada el mismo día a Puerto Bolívar donde se embarca en un navío tanquero de gas. El barco zarpó de Puerto Bolívar con rumbo al Callao el día 28 de abril llegando el 30 del mismo mes al Puerto del Callao. El paciente no salió del barco desde el 21 de abril hasta el 01 de mayo, fecha en la que fue llevado a la Clínica Vesalio. El periodo de transmisibilidad estimado esta entre el 24 de abril hasta el 08 de mayo, por lo que se debe considerar expuesto a cualquier persona que tenga contacto con el paciente entre estas fechas. El paciente permanecerá en aislamiento hasta el día 09 de mayo; fue atendido desde el 01 de mayo en territorio Peruano, en tal sentido, existe la certeza de que ciudadanos en Lima se han expuesto y continuarán exponiéndose al virus del sarampión. Es posible la ocurrencia de casos secundarios desde el 01 hasta el 22 de mayo, por lo que se debe hacer seguimiento a las personas que tuvieron contacto con el paciente, durante todo el mes de mayo.

Cabe recordar que el Perú se encuentra libre de sarampión desde el mes de marzo del año 2000 sumado a ello la disminución significativa de la incidencia del sarampión en la última década, la vigilancia de otras enfermedades infecciosas con exantema incluidas en el diagnóstico diferencial, cobraron mayor importancia (dengue, escarlatina, rubéola, infecciones por virus coxsackie, varicela, roséola, etc.). Por tal motivo, hace seis años se incremento la sensibilidad de la definición de caso y se vienen investigando, para descartar en todas las enfermedades febriles eruptivas la posibilidad de un caso de sarampión;

Actualmente por el riesgo de importación de casos y una posible reintroducción de esta enfermedad en nuestro país debemos redoblar esfuerzos en vigilar y notificar inmediatamente toda persona en el que el personal de salud sospeche que pueda tratarse de un caso de sarampión.

Si usted recibe un paciente de cualquier edad que cumple con la definición de caso y tiene sospecha que tiene sarampión o rubéola o ante todo caso que presente los siguientes signos y síntomas:

- fiebre.
- erupción exantemática maculo papular generalizada, no vesicular.

Debe sospechar de que se trate de un caso de sarampión, en tal sentido comuníquese inmediatamente con el establecimiento de salud (Minsa) mas cercano.

La OPS recomienda que para prevenir importaciones del virus del sarampión desde este u otros continentes, los servicios de salud adopten las siguientes medidas: 1. Recomendar que los residentes y/o pacientes (de 6 meses de edad hasta los 39 años) que viajen a otro continente estén protegidos contra el sarampión (con vacuna SR) al menos 15 días antes de su partida; 2. Alertar a los trabajadores de salud de los sectores público y privado sobre el riesgo de importación de sarampión, para que notifiquen inmediatamente ante la sospecha de un caso de sarampión durante la consulta medica. Por parte del Ministerio de Salud, el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional esta fortalecido y preparado para llevar a cabo un control de todos los casos sospechosos de sarampión.

Solicitamos se refuerce su participación en nuestro sistema nacional de vigilancia del sarampión; **notificando inmediatamente (primeras 24 horas) al establecimiento de salud (MINSA) mas cercano de cualquier caso, de cualquier edad, en el que usted sospeche que es sarampión.** Adjunto a la presente encontrara el formulario de vigilancia epidemiológica que le pedimos sea llenado para cada paciente con diagnostico sospechoso de sarampión; así como la obtención de una muestra de sangre del caso. Le recomendamos que entregue estos formularios a su recepcionista o enfermera y que le dé instrucciones para que incluya uno cada vez que se presente un paciente del cual sospeche que tiene sarampión.

Además, si usted ve a un paciente y sospecha que tiene sarampión, sírvase notificar de manera inmediata al medico epidemiólogo de su institución o Dirección de Salud del ámbito que le corresponda ó a la Dirección General de Epidemiología, al teléfono (01) 433-0081 ó 433-6140. A fin de confirmar en laboratorio la infección por el virus del sarampión, necesitaremos una muestra de sangre. Si es necesario, podemos apoyar en la obtención, recojo y procesamiento de la muestra.

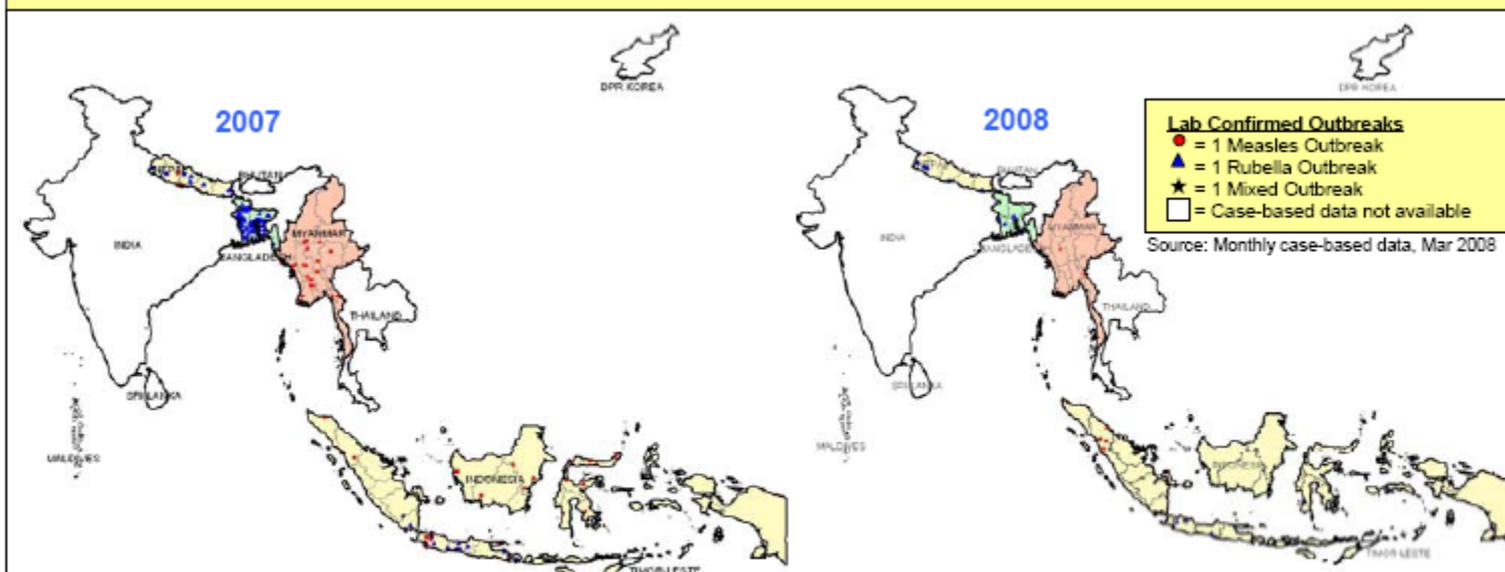
Gracias por su colaboración. Será un placer trabajar con usted en este esfuerzo.

Atentamente,

Ministerio de Salud del Perú

Panorama del Sarampión, Sudeste Asiático : 2007-2008

Figure 4: Laboratory Confirmed Measles, Rubella and Mixed Outbreaks by District, Nepal, Bangladesh, Myanmar and Indonesia, 2007-2008



Lab Confirmed Outbreaks
 ● = 1 Measles Outbreak
 ▲ = 1 Rubella Outbreak
 ★ = 1 Mixed Outbreak
 □ = Case-based data not available

Source: Monthly case-based data, Mar 2008

- **Nepal:** There were no laboratory confirmed measles outbreaks in 2008. 7 rubella outbreaks have been laboratory confirmed in 2008. This compares with 3 measles and 11 rubella outbreaks confirmed by laboratory in 2007.
- **Bangladesh:** There were no laboratory confirmed measles outbreaks in 2008 and 2007. 8 rubella outbreaks have been laboratory confirmed in 2008. This compares with 102 rubella and 5 mixed outbreaks confirmed by laboratory in 2007.
- **Myanmar:** 2 measles outbreaks have been laboratory confirmed in 2008. This compares with 24 measles outbreaks confirmed by laboratory in 2007.
- **Indonesia:** 7 measles and 4 rubella outbreaks have been laboratory confirmed in 2008. This compares with 35 measles, 11 rubella and 3 mixed outbreaks confirmed by laboratory in 2007.

Note: Outbreaks are classified as "Mixed" when there are at least one lab confirmed measles case and one lab confirmed rubella case in the same outbreak.

Panorama del Sarampión en el Sudeste Asiático : 2008

Vaccine Preventable Diseases reported to SEARO for year 2008 (data as of 31 March 2008)¹

Country	Measles Routine		Suspected Measles Outbreaks				Lab confirmed Measles Outbreaks ¹		Measles/Rubella Lab Tests			Number of Cases						Timeliness and Completeness of reports received in SEARO, 2007 ²				
	Number of cases	Deaths	Number of Outbreaks	Number of Outbreaks Investigated	Number of Cases	Deaths	Number of Outbreaks	Number of Cases	Samples Tested	Number of Lab Confirmed Cases		Neonatal Tetanus (NNT)	Diphtheria	Pertussis	Rubella	Encephalitis	Number of Cases of AEFI ²	Date of last report	Number of reports expected	% Complete	% Timely	
										Measles	Rubella											
Bangladesh	516	3	24	10	601	0	0	0	129	0	75	22	6	11	387	135	354	13-A pr-08	3	100	100	
Bhutan	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	09-A pr-08	3	100	67	
DPR Korea	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	14-Mar-08	3	67	67	
India	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	3	0	0	
Indonesia	1530	-	18	18	293	1	7	184	72	31	14	33	12	0	14	0	0	18-A pr-08	3	100	33	
Maldives	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15-A pr-08	3	100	67	
Myanmar	7	1	2	2	82	2	2	82	15	12	0	7	0	0	0	0	0	10-A pr-08	3	100	100	
Nepal	114	2	9	9	241	1	0	0	113	2	46	7	-	-	206	133	0	08-A pr-08	3	100	100	
Sri Lanka	31	0	0	0	0	0	0	0	12	1	0	0	0	9	2	79	1429	10-A pr-08	3	100	100	
Thailand	1183	0	3	3	62	0	6	105	131	65	10	0	1	10	88	53	62	11-A pr-08	3	67	67	
Timor-Leste	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	3	0	0
Total	3385	6			1279	4	15	371	485	111	145	69	19	30	697	400	1845					

¹ Aggregate reporting format changed in 2007.

² At least 5 blood samples should be collected from each outbreak.

³ Address Briefs Following Immunization: Sri Lanka AEFI data do not reflect cases between 1.

⁴ Monthly VPD and AEFI reports due to SEARO/WHO on or before 15th of each month.

NR=No Report

Panorama del Sarampión, Sudeste Asiático : 1990-2006

Table 2: Reported Measles Cases, 1990-2006

Country	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bangladesh	1,705	9,292	5,768	5,443	9,571	4,995	4,929	10,329	6,522	5,666	5,098	4,414	3,484	4,067	9,743	25,935	6,180
Bhutan	173	441	103	505	683	148	9	169	66	9,920	418	756	27	0	3	11	-
DRP Korea																	
India	89,612	77,859	71,798	50,391	50,518	37,494	47,072	61,004	33,990	21,013	22,236	37,969	51,780	44,004	46,501	31,575	NR
Indonesia	92,105	90,358	80,580	63,751	48,147	37,693	35,383	15,313	1,034	4,767	47,788	21,595	19,534	24,457	29,171	15,853	20,422
Maldives	-	-	-	61	706	3,070	-	-	-	-	20	0	926	77	37	1,395	47
Myanmar	7,900	4,437	1,794	2,682	1,855	1,170	1,684	1,035	1,465	791	861	1,639	736	830	1,274	302	735
Nepal	182	93	136	59	1,401	4,810	7,213	12,677	5,771		9,397	10,849	6,749	13,344	12,074	5,023	2,838
Sri Lanka	4,004	1,896	701	558	566	408	158	195	177	2,417	16,527	309	139	65	35	3	-
Thailand	29,244	26,709	7,892	17,851	38,659	11,112	5,757	15,122	13,734	3,167	4,074	7,319	10,241	4,565	3,900	3,328	3,499
Timor Leste													0	94	41	203	90
SEAR	224,925	211,085	168,772	141,301	152,106	100,900	102,205	115,844	62,759	47,741	106,419	84,850	93,616	91,503	102,779	83,628	33,811

Source: WHO/UNICEF

Table 3: MCV Immunization Schedule and Percentage Coverage, 1990-2006

Country	Schedule	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bangladesh	38 W	65	68	69	74	78	79	69	72	72	76	76	76	77	77	76	81	84
Bhutan	9 M	93	89	86	84	81	85	85	84	71	76	76	78	78	88	89	93	90
DRP Korea	9 M	98	98	99	99	93	87	50	34	40	63	79	92	98	95	95	96	96.3
India*	9-12 M	56	43	51	59	67	72	66	55	51	50	56	56	56	56	56	56	ND
Indonesia	9M 8Y	58	61	65	68	66	63	79	77	75	74	72	70	72	72	72	72	88
Maldives	9 M	96	97	98	86	97	96	95	96	98	97	99	99	99	97	97	97	97
Myanmar	9 M	90	85	68	71	77	82	86	88	89	86	84	73	77	76	78	72	78
Nepal	9 M	57	57	58	58	58	56	65	73	72	72	71	71	71	75	73	74	85
Sri Lanka	9 M	80	79	82	86	84	87	89	94	94	95	99	99	99	99	96	99	>99%
Thailand	9-12 M	80	79	74	80	86	91	92	93	94	96	94	94	94	96	96	96	96.1
Timor Leste	9 M	ND	39	55	55	48	64											

Source: WHO/UNICEF Coverage Estimates



MUCHAS GRACIAS