



Resolución Directoral

Miraflores, ...10 de ... Agosto de 2018.

VISTO:

El Expediente N° 18-011045-001 que contiene el Informe N° 115-2018-OESA-HEJCU emitido por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, el Informe N° 032-2018-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización y el Informe N° 102-2018-OEPP-HEJCU de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, la Ley N° 29664 – Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres (SINAGERD), define el citado sistema como un sistema interinstitucional, sinérgico, descentralizado, transversal y participativo, con la finalidad de identificar y reducir los riesgos asociados a peligros o minimizar sus efectos, así como evitar la generación de nuevos riesgos y efectuar una adecuada preparación y atención ante situaciones de desastres mediante el establecimiento de principios, lineamientos, componentes, procesos e instrumentos de la Gestión de Riesgo de Desastres.

Que, el Artículo 5° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado por Resolución Ministerial N° N° 767-2006/MINSA establece que la Misión de este nosocomio es recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y urgencia médico – quirúrgica intra y extra hospitalaria con eficiencia, calidad y calidez, enmarcados dentro de la política del sector.

Que, con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba las Normas de Elaboración de Documentos Normativos de MINSA, entre sus objetivos específicos establece (i) brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; (ii) estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa; y, (iii) establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos.





Que, mediante Informe N° 115-2018-OESA-HEJCU, de fecha 30 de julio de 2018, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto el proyecto del "Plan de Contingencia para la Atención de Pacientes Sospechosos de Sarampión y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

Que, mediante Informe N° 032-2018-EOM-OEPP-HEJCU, de fecha 03 de agosto de 2018, la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto emite opinión favorable respecto a la estructura del "Plan de Contingencia para la Atención de Pacientes Sospechosos de Sarampión y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas".

Que, mediante Informe N° 102-2018-OEPP-HJECU, de fecha 03 de agosto de 2018, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el informe elaborado por el Equipo de Organización y Modernización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto a fin de que se apruebe el "Plan de Contingencia para la Atención de Pacientes Sospechosos de Sarampión y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas".

Que, estando a lo señalado en los párrafos precedentes y visto el proyecto propuesto por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental se hace necesario aprobar el "Plan de Contingencia para la Atención de Pacientes Sospechosos de Sarampión y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

Con el visado del Director Médico, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

En aplicación de lo establecido en la Ley y el Reglamento.

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, Resolución Ministerial N° 083-2018/MINSA.

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el Plan de Contingencia para la Atención de Pacientes Sospechosos de Sarampión y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, realice las acciones pertinentes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado plan.

ARTÍCULO 4.- DISPONER que la oficina de Comunicaciones realice la publicación respectiva en el portal institucional.

Regístrese, comuníquese y cúmplase

EEGY/LIPE/JCCF/MACM/LCD

Distribución:

- Dirección General
- Dirección Médica
- Of. de Epidemiología y Salud Ambiental
- Of. Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. Comunicaciones
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA
Director General
CMP. 32677 RNE. 17560



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro

Hospital de Emergencias
José Casimiro Ulloa

Oficina de Epidemiología
y Salud Ambiental

**PLAN DE CONTINGENCIA
PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE
SARAMPIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES FEBRILES ERUPTIVAS
“HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSÉ CASIMIRO ULLOA”**



MIRAFLORES

2018

Dr. Enrique Eladio Gutierrez Yoza

DIRECTOR GENERAL

Dr. Luis Pancorvo Escala

DIRECTOR MÉDICO

Lic. Jose Esteban Torres Arteaga

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

Dr. Miguel Augusto Carrion Moncayo

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Contenido

I.- Introducción.....	4
II. Finalidad.....	7
III.- Objetivos	
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos	7
IV.- Base Legal	8
V.- Ámbito de Aplicación.....	8
VI.- Organización.....	8
VII.- Disposiciones Generales.....	9
a.- Definiciones Operativas.....	9
Vigilancia del Sarampión / Rubeola	11
b.- Disposiciones Específicas	12
c.- Actividades de Bloqueo	14
d.- Seguimiento de Contactos.....	14
e.- Clasificación Final del Caso.....	14
VIII.- Responsabilidades	15
IX.- Financiamiento.....	16
X. Anexos	17
1. Flujograma de Atención del Paciente Sospechoso de Sarampión/Rubeola.....	17
2. Vacunas disponibles.....	18
3. Cobertura de Vacunación y Acumulo de Susceptibles.....	19
4. Tabla de criterios clínico, epidemiológico y laboratorial para diagnóstico de caso.....	20
5. Ficha de Notificación.....	21
6. Calculadora para Sarampión.....	23
7. Procedimiento para la obtención de muestras para el diagnóstico del Sarampión y Rubeola.....	24
8. Claves para el diagnóstico Clínico de Sarampión.....	26
9. Glosario de Términos.....	50



**PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES
SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES
FEBRILES ERUPTIVAS EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"**

JULIO 2018

I. INTRODUCCIÓN

Las Américas se convirtió en la primera Región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ser declarada libre de los virus de la rubéola y el sarampión en los años 2015 y 2016, respectivamente, por el Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas (1, 2). Sin embargo, los retos para mantener a la Región libre de sarampión y rubéola en un mundo cada vez más interconectado continuarán en los próximos años, ya que los países están en riesgo permanente de importar y reintroducir los virus y perder así los logros alcanzados en materia de eliminación.

Antecedentes

La eliminación del sarampión y la rubéola es un tema que ha sido abordado en diversas ocasiones por los Cuerpos Directivos de la OPS. En 1994, durante la 24.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, los ministros de salud aprobaron la resolución CSP24.R16, en la que se establecía la meta para eliminar el sarampión de la Región de las Américas para el 2000. Esta meta se alcanzó en noviembre del 2002, cuando se registró el último caso por un virus endémico de sarampión.

El fortalecimiento de la vigilancia del sarampión también reveló que la rubéola y el síndrome de rubéola congénita habían surgido como problemas graves de salud pública

CE160/16 en la Región. En el 2003, el 44^o Consejo Directivo aprobó la resolución CD44.R1, en la que se instaba a los Estados Miembros a eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita de sus países para el 2010. Los últimos casos de rubéola y de síndrome de rubéola congénita por un virus endémico de la Región se notificaron en el 2009.

Considerando los desafíos para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas, al igual que la necesidad de controlar los riesgos a largo plazo de la reintroducción de estos virus por importación de casos, que podría llevar a la reaparición de estas enfermedades, la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en el 2012 la resolución CSP28.R14 sobre la implementación de un plan de acción de emergencia para los próximos dos años. En dicha resolución se instaba a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia activa de estas enfermedades y a mantener una inmunidad alta en la población mediante la vacunación.

En el 2014 y en el 2016 se presentaron sendos informes de progreso a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre el avance en la implementación del plan de acción de emergencia del 2012, incluyendo los datos probatorios relacionados con la interrupción endémica de los virus del sarampión y la rubéola en los países de las Américas. A partir de la información presentada por los países, el CIE pudo verificar la interrupción endémica de la rubéola en el 2015. Esos mismos datos, sin embargo,



indicaron que se había restablecido la transmisión endémica del virus del sarampión en Brasil, al haber circulado durante más de doce meses.

En ese sentido, el CIE señaló que para declarar la eliminación del sarampión en la Región de las Américas, Brasil debía presentar información que verificara el cierre de su brote y demostrar la ausencia de casos endémicos confirmados por lo menos durante un año. El país presentó pruebas definitivas ante el CIE en julio del 2016, y en septiembre de ese mismo año dicho comité verificó la interrupción del virus del sarampión en la Región de las Américas.

Análisis de la situación

Actualmente, las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tienen la meta de eliminar el sarampión para el 2020, y dos regiones la de eliminar la rubéola para la misma fecha (9). Sin embargo, los progresos realizados han sido lentos; ninguno de los objetivos de las regiones de la OMS para el 2015 se cumplieron, salvo en las Américas, donde se declaró la eliminación de los virus endémicos del sarampión (2016) y la rubéola (2015). En los próximos años, las otras cinco regiones deberían cumplir sus objetivos actuales de eliminación regional para evaluar si en el 2020 se puede establecer una meta mundial de erradicación del sarampión y la rubéola.

Situación epidemiológica del sarampión y la rubéola

La Región de las Américas cumplió con la meta de eliminar la transmisión endémica del sarampión en el 2002 y mantuvo esta eliminación durante más de una década, pese a las continuas importaciones del virus en los países de la Región. La epidemiología del sarampión en la era de la post eliminación, desde el 2003 hasta el 2015, tuvo dos períodos: en el primero de ellos, entre el 2003 y el 2010, presentó un comportamiento relativamente estable, con un promedio anual de 160 casos y un total de 1.276 casos; en el segundo período, entre el 2011 y el 2015, el promedio anual de casos se incrementó cinco veces en comparación con el período anterior, y se reportaron un total de 4.581 casos. Este incremento coincidió con brotes extensos en el 2013 y el 2014 en las regiones del Pacífico Occidental y Europa, que hicieron que aumentaran las importaciones a los países de nuestra Región. Así, el 98% de los casos en este período fueron notificados en Brasil, Canadá, Ecuador y Estados Unidos.

En este segundo período, se tuvo un total de 58 brotes de sarampión, de los cuales 30 fueron de un caso; 17, de 2-5 casos; 5, de 6-20 casos; y 6, de 20 casos o más. El 49% de los brotes (28 de 58) fueron del genotipo D4 (n = 28 casos). No obstante, los brotes que conllevaron el mayor número de casos secundarios, en diferentes años y países, se vincularon a los genotipos D8 (n = 927 casos) y B3 (n = 414 casos).

En ese mismo período, los adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 39 años fueron el grupo de edad más afectado (37%), seguido de los niños de entre 5 y 14 años (25%). El 49% de los casos confirmados no habían sido vacunados, y en un 9% de los casos se desconocía el estado de vacunación.

Los brotes de sarampión en la era post eliminación dejaron importantes lecciones aprendidas para la sostenibilidad de la eliminación. Cuando los países respondieron de forma rápida y decidida frente a sus brotes, usando la información obtenida



mediante una investigación epidemiológica rigurosa de todos sus casos confirmados, se pudieron reorientar las acciones de vacunación y lograr la interrupción rápida de la circulación del virus, evitando así el restablecimiento de la transmisión endémica. Por otra parte, los brotes recientes identificaron importantes brechas en las coberturas de vacunación, debido a las continuas deficiencias en los programas rutinarios de inmunizaciones.

La ausencia de una respuesta rápida frente a un brote de sarampión puede dar lugar a una transmisión lenta y sostenida del virus del sarampión (transmisión "gota a gota"). Si esta transmisión persiste durante 12 meses o más en un área geográfica CE160/16 determinada, se reestablece la transmisión endémica, según la definición de la OMS.¹ Esta transmisión lenta "por goteo" (y no en la forma clásica, que es rápida y explosiva), en escenarios de alta densidad y movilidad poblacional y con niveles de cobertura de vacunación del 95% o más, refleja un comportamiento epidemiológico diferente en la era de la post eliminación.

Por otro lado, el reporte de casos de rubéola para el período 2010-2015 ha sido bajo, con un promedio anual de 10 casos y un total de 63 casos notificados en ocho países. En relación con el síndrome de rubéola congénita, se notificaron ocho casos importados, dos en Canadá (uno en el 2011 y otro en el 2015) y seis en los Estados Unidos (tres en el 2012 y otros tres, uno cada año, entre el 2013 y el 2015).

El sarampión es una enfermedad de alta transmisibilidad, que se propaga por vía aérea, por la tos y los estornudos; el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas. El virus puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.

En Septiembre del 2016 se declaró eliminado el sarampión en las Américas, un logro muy importante para la Región, por lo que su circulación tiene gran relevancia por su impacto en la salud pública y su alta morbilidad que genera en un entorno de gran flujo migratorio observado en los últimos años.

En el Perú el último caso autóctono fue registrado en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En los años 2008 y 2015 se presentaron casos importados de Sarampión.

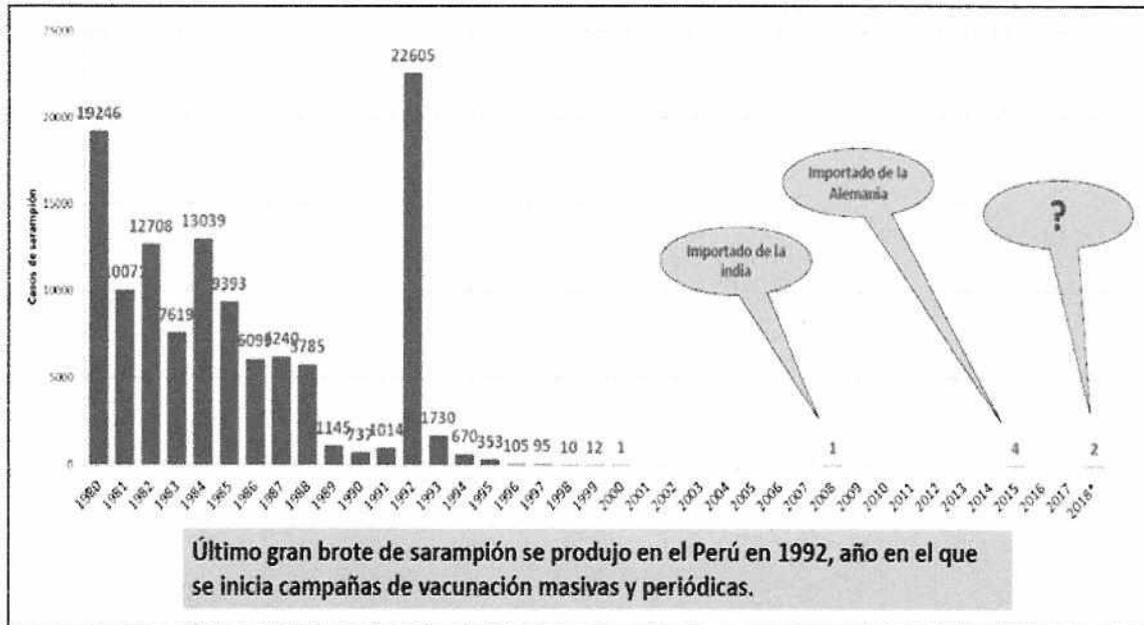
En la Semana Epidemiológica 26, se reportó un menor de 1 año y 1 mes, de sexo masculino, procedente de Venezuela es evaluado y diagnosticado como Sarampión en el Hospital de San Juan de Lurigancho, lo cual ha sido confirmado por el Instituto Nacional de Salud con el resultado de IgM(+).

Por lo cual es importante establecer planes de contingencia a fin de realizar intervenciones rápidas para fortalecer las actividades de vigilancia, prevención y control epidemiológico, ante la presentación de casos importados y/o autóctonos.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades emitió la Alerta Epidemiológica AE-CDC N° 008-2018, donde informa a los servicios de salud del país públicos y privados sobre el alto riesgo de transmisión de sarampión en el Perú ante notificación de un nuevo caso importado de sarampión.



SARAMPIÓN EN EL PERÚ 1980 - 2018



II. FINALIDAD

Detección precoz y evitar complicaciones y muerte por sarampión mediante la preparación de los servicios de salud para atender adecuadamente a la demanda y evitar la propagación de esta enfermedad.

III. OBJETIVOS

1. General

Fortalecer la vigilancia, prevención y atención de las pacientes sospechosas de sarampión y otras febriles eruptivas en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

2. Específicos

- Prevenir y mitigar el impacto de un brote de Sarampión en términos de morbilidad, eventual mortalidad en las formas complicadas, y su repercusión social y económica.
- Optimizar la capacidad de respuesta del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" ante la presencia de casos por Sarampión. Identificando e implementando las medidas preventivas correspondientes, tratando casos según corresponda.
- Capacitación del equipo de salud para el diagnóstico precoz, notificación epidemiológica y manejo clínico terapéutico de los casos de sarampión.
- Fortalecer la organización e implementación de acciones de bioseguridad para evitar el contagio de los pacientes y el personal de salud en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"



IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo. N° 013 -2002-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008 - 2017-SA. Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 032 – 2017. Disposición complementaria modificatoria: Modificación de los artículos 113, 125 y 136 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Reglamento Sanitario Internacional 2005.
- El artículo 17° de la ley N° 27657 ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 850-2016 MINSA. Aprueban Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Directiva Sanitaria N° 049-MINSA/DGE-V-01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubeola y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas.
- RM N° 800-2012/MINSA. 09 de Octubre del 2012.
- Alerta Epidemiológica AE–CDC N° 008-2018

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación y de cumplimiento obligatorio en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

VI. ORGANIZACIÓN

Se adoptarán las siguientes medidas:

1. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en todos los servicios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" para la detección precoz y atención oportuna de casos sospechosos de sarampión. A través de:
 - a. Búsqueda activa de casos con síndrome febril eruptivo en el servicio de Emergencia (Triage, Salas de reposo), Consultorio de Emergencia Pediátrica y Hospitalización.
 - b. Notificación inmediata de casos (dentro de las 24 horas conocido el caso) e investigación epidemiológica
 - c. Fortalecer la vigilancia y análisis del síndrome febril eruptivo en forma diaria.
2. Capacitación del personal de salud en:
 - a. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sarampión.
 - b. Detección de signos de alarma, detección de formas graves de sarampión.
 - c. Criterios de hospitalización, de alta y de transferencia.
3. Garantizar el acceso y la toma de muestras de suero de todos los pacientes sospechosos de sarampión y su envío en forma diaria al laboratorio referencial.
4. Garantizar la dotación de equipos de bioseguridad a todo el personal que tiene contacto con pacientes.
5. Reordenamiento de los Servicios y Recursos del Hospital:
 - a. Adecuación de ambientes de aislamiento para los casos de sarampión:



- i. Un ambiente en el Servicio de Emergencia.
 - ii. Dos ambientes en el Servicio de Hospitalización de Medicina.
 - b. Socialización y aplicación del Flujoograma de atención.
 - c. En el caso de pacientes pediátricos, realizar el traslado inmediato a un Hospital Especializado que cuente con Servicio de Pediatría y Hospitalización para aislamiento y tratamiento correspondiente.
6. Garantizar la gratuidad de la atención al paciente sospechoso de sarampión.

VII. DISPOSICIONES GENERALES:

a.- DEFINICIONES OPERATIVAS

Virus del sarampión: Es un virus de la familia *Paramyxovirus*, del género *Morbillivirus*, mide 100 — 200 nm de diámetro, con ARN de cadena simple.

Produce una infección sistémica, cuya manifestación principal es la erupción máculo papular. Su periodo de incubación desde la exposición hasta la instalación de la erupción es de 14 días, con un rango de 7 — 18 días, y puede ser transmitido desde 4 días antes hasta 4 días después de la instalación de la erupción.

Virus de la rubéola: Es un virus clasificado dentro de la familia de los *Togavirus*, género *Rubivirus* y posee un ARN encapsulada Su periodo de incubación es de 14 días, con un rango de 12 a 23 días. Produce una enfermedad eruptiva cuyos síntomas son usualmente leves y más del 50% de infecciones son inaparentes. La enfermedad es más contagiosa cuando se presenta la erupción, sin embargo el virus se puede transmitir desde 7 días antes hasta 5-7 días después de la instalación de la erupción.

Enfermedad febril eruptiva: grupo de infecciones, Incluye el sarampión, rubeola y otras, caracterizadas por fiebre y erupción de la piel.

Erupción máculo - papular. Erupción cutánea aguda y extensa caracterizada por la presencia de máculas o pápulas y que son usualmente manifestación de una enfermedad sistémica.

Nexo epidemiológico: Es la relación que existe de una persona con un caso confirmado por laboratorio de una enfermedad febril eruptiva. Se confirma mediante investigación epidemiológica y sirve para confirmar **un caso** sospechoso.

Caso sospechoso de Sarampión/Rubéola (SR): 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 máculo papular generalizada, NO vesicular.

Caso confirmado: Un caso sospechoso de sarampión o **rubéola que se confirma** por cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) **Por criterio clínico, epidemiológico y laboratorial:** Debe cumplir los tres criterios.
- b) Por aislamiento viral: del virus sarampión o rubéola en muestras de hisopado nasal y faríngeo.
- c) **Por nexo epidemiológico a otro caso confirmado.**
- d) **Por clínica:** Es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente, por cualquiera de las siguientes razones:



- El paciente murió antes de que se concluyera la investigación,
- El paciente no pudo ser localizado,
- El paciente se perdió durante el seguimiento.

Esta situación no debe presentarse ya que se considera como falla del sistema de vigilancia.

Caso descartado: es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico, laboratorio, el aislamiento viral es negativo y no tiene nexos epidemiológicos.

Caso importado. Un caso importado de sarampión o rubéola es el caso en quien se ha confirmado la infección y que la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto fuera del continente americano o del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso de la infección.

Caso relacionado con importación: Es un caso confirmado que según la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión iniciada por un caso importado.

Caso confirmado con fuente de infección desconocido: Es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Caso confirmado asociado a la vacuna: Es cuando cumple con los cinco criterios que se indican a continuación:

- a) El exantema apareció 7 a 14 días después de la vacunación SPRISR.
- b) El paciente tuvo enfermedad exantemática con o sin fiebre pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañen al exantema
- c) La investigación epidemiológica exhaustiva no logró detectar un caso primario ni casos secundarios.
- d) La muestra de sangre, que contenía anticuerpos IgM específicos, se obtuvo entre los 8 y 56 días después de la vacunación.
- e) El resultado de aislamiento viral confirma que es un virus vacuna] no salvaje.

Caso primario: Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio. No necesariamente es el primer caso diagnosticado en el grupo.

Caso índice: Es el primer caso sospechoso de sarampión, rubéola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional definido que se somete a la atención del investigador.

Caso secundario: Personas que se infectan por transmisión de persona a persona a partir de casos primarios, con frecuencia familiares.

Contacto: Cualquier persona cuya asociación con un caso de sarampión o rubéola le hace incurrir en el riesgo de contraer la infección.

Aislamiento viral: Procedimiento por el cual se puede obtener la replicación de un virus en el laboratorio a través de la inoculación de una muestra en un cultivo celular en el que se observan las alteraciones que sufren las células producto de la infección o mediante el cual se puede identificar su material genético por pruebas moleculares como la reacción en cadena de polimerasa (PCR).



Inmunoglobulina M (19M): Proteínas séricas (anticuerpos) que se producen como respuesta ante la presencia de ciertas sustancias extrañas solubles o celulares (antígenos).

b. LA VIGILANCIA DEL SARAMPIÓN / RUBEOLA.

Es de carácter obligatorio en todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de gobiernos regionales y gobiernos locales, EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, y establecimientos de salud privados).

La notificación e investigación de los casos febriles eruptivos, sospechosos de sarampión

debe ser realizada por los responsables de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de gobiernos regionales y gobiernos locales, EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, y establecimientos de salud privados).

La notificación de casos sospechosos de sarampión rubeola debe ser en forma inmediata luego de conocido el caso.

Todo caso sospechoso de sarampión rubeola debe ser investigado dentro de las 48 horas de conocido el caso.

El flujo de la información se realizará desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo el flujo de la red nacional de epidemiología, bajo responsabilidad.

c.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Identificación, captación y notificación de casos de SR y otras enfermedades febriles eruptivas

Todo el personal de salud debe estar capacitado para identificar **un** caso de SR y otras enfermedades febriles eruptivas, y reportado al responsable de la vigilancia del establecimiento del nivel inmediato superior. La captación de los casos de SR o de otras enfermedades febriles eruptivas se realizará en los servicios de emergencia, consulta externa u hospitalización de los servicios de salud.

El responsable de vigilancia de cada establecimiento de salud realizará la notificación inmediata, dentro de las 24 horas de detectado un caso sospechoso de sarampión, rubéola u otra enfermedad febril eruptiva al nivel inmediato superior según el flujo establecido por cada DIRESA.



A través de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) se consolidará semanalmente los casos notificados durante la semana y se enviará la información mediante el software de notificación (NOTI-SP) a la Dirección General de Epidemiología.

Notificación negativa: Ante la ausencia de casos las unidades notificantes deben informar tal condición semanalmente según el flujo de la RENACE



Investigación epidemiológica de casos

Todo caso de SR u otra enfermedad febril eruptiva serán investigados por el responsable de la vigilancia epidemiológica quien lidera y coordinará con el servicio de inmunizaciones y con el laboratorio del establecimiento para organizar las brigadas dentro de las 48 horas siguientes a su notificación.

La investigación comprende los siguientes pasos:

1. Llenado de ficha clínico epidemiológica laboratorial:

Todos los casos de SR y otras enfermedades febriles eruptivas contarán con la ficha clínico epidemiológica en originales por triplicado, destinados uno para cada nivel de atención.

El personal de salud que atiende al caso, debe llenar la información contenida en la ficha de acuerdo a su competencia

El responsable de epidemiología hará énfasis en averiguar el antecedente vacunal, verificando la información en el carnet de vacunación y en los casos en lo que no se cuente con el mismo, coordinar con la encargada de inmunizaciones del establecimiento de salud donde se vacunó, si no corresponde a su jurisdicción informará de inmediato a su nivel inmediato superior para obtener dicho dato. El original de la ficha clínica epidemiológica queda en el establecimiento de salud, la primera copia es enviada a la oficina de epidemiología del nivel inmediato superior siguiendo el flujo establecido por la RENACE y la segunda copia se envía con la muestra un: laboratorio.

El responsable de epidemiología hace el control de calidad del llenado de la ficha clínico epidemiológica laboratorial y del seguimiento para completar su llenado.

Todas las fichas originales de los casos notificados deben ser archivadas por epidemiología del establecimiento de salud.

2. Obtención y transporte de muestras de laboratorio:

El responsable de laboratorio o el personal que corresponda obtendrá una muestra de sangre y una de hisopado nasal y faríngeo al primer contacto con todo ren sospechoso i á muestre de sanen> será para la prueba de ELISA de tipo IgM específica para sarampión o rubéola y la muestra de hisopado para aislamiento viral será útil para la identificación del genotipo circulante de rubéola y sarampión.

El responsable de laboratorio o el personal que corresponda obtendrá una segunda muestra de sangre dos semanas después de la primera para los casos con resultado IgM (-E), indeterminados o con valor límite en la primera muestra.

En caso de que la muestra esté contaminada, sea insuficiente o inadecuada, el responsable de laboratorio o el personal que corresponda obtendrá una nueva muestra inmediatamente, lo que será informada por el Insoluto Nacional de Salud (INS) a la Dirección General de Epidemiología (DGE) y la DISA/DIRESA/ GERESA.

El responsable de epidemiología ante la presencia de un caso altamente sospechoso de sarampión o rubéola por criterio clínico o epidemiológico con resultado negativo en la primera muestra, se debe obtener una nueva muestra a los cinco días de iniciada la erupción.

3. Identificación de la cadena de transmisión:

La construcción de la cadena de transmisión tiene por finalidad identificar el caso primario (quién contagió) a partir del caso índice (caso notificado) e identificar y hacer el seguimiento de los contactos a partir de los cuales se puede extender la infección en la población (casos secundarios).



Se realizará de la siguiente manera:

i) **Identificar la fuente de infección:** en el periodo comprendido a los 7 a 30 días previos al inicio de la erupción, se debe identificar las áreas geográficas por donde se desplazó el caso, asistencia a lugares públicos, visitas realizadas o recibidas, formar parte de conglomerados (reuniones familiares, espectáculos públicos, entre otros), rutas y medios de transporte utilizados y otros donde se procederá a hacer la búsqueda activa de casos.

ii) **Identificar los contactos y potenciales casos secundarios:** elaborar la lista de contados para efectos de esta vigilancia integrada de sarampión y rubéola se considerarán el periodo comprendido entre los 7 días previos hasta 4 días posteriores a la erupción, dichos contados se registrarán en la tabla del Anexo 6 y se procederá a hacer un seguimiento por 4 semanas.

4. Búsqueda activa de casos:

Es una metodología que permite monitorear la calidad de la vigilancia de SR y otras enfermedades febriles eruptivas a través de la identificación de casos en los servicios de salud y la comunidad, los que son contrastados con los casos reportados a través de la vigilancia de rutina.

i) Búsqueda activa institucional

Es una actividad que deben realizar los encargados de epidemiología en los establecimientos de salud del distrito de donde procede el caso notificado.

En los establecimientos que cuentan con base de datos de consulta externa, emergencia y hospitalización, realizar el filtrado de los códigos CIE10 de diagnósticos diferenciales de SR y otras enfermedades febriles eruptivas.

En los establecimientos de salud que no cuenten con base de datos, se debe realizar la revisión e identificación de los diagnósticos diferenciales de enfermedad febril eruptiva en los registros de atención en consulta externa, emergencia y hospitalización.

Una vez identificado el caso, obtener y revisar la historia clínica y si cumple con la definición de caso sospechoso, verificar si se encuentra notificado por la vigilancia.

En caso de no estar notificado, se procederá a realizar los pasos de la investigación epidemiológica.

Todos los casos identificados independientemente de si están o no notificados se registrarán en la tabla correspondiente, la cual será enviada al nivel inmediato superior.

Se debe consignar el número total de diagnósticos revisados o filtrados.

ii) Búsqueda activa comunitaria

Esta búsqueda activa se desarrollará a través de las brigadas de intervención liderada por el responsable de epidemiología como parte del proceso de investigación del caso notificado y consiste en indagar la presencia de casos febriles eruptivos en los últimos 30 días, en un radio de 05 manzanas alrededor del domicilio del caso sospechoso en las zonas urbanas o urbano marginales. En zonas rurales comprende la visita total de las viviendas.

Los casos identificados deben ser evaluados por un médico y si cumplen con la definición de caso probable se registrarán en la tabla del Anexo 8 y se procederá a la investigación correspondiente.

Se debe consignar el número total de viviendas visitadas de acuerdo al formato de la búsqueda Activa Comunitaria.



d.- ACTIVIDADES DE BLOQUEO

Corresponde al responsable de epidemiología o quien haga esta función de liderar esta actividad a través de las brigadas de intervención.

- Esta actividad comprende el ámbito donde se realiza el monitoreo rápido de cobertura y búsqueda activa comunitaria.
- Se administrará la dosis de SF/SPR faltante.
- Si el niño padece de una inmunodeficiencia no se realiza la vacunación.
- Los resultados de la vacunación bloqueo serán colocados en la ficha clínico epidemiológica.

d.- SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

Corresponde al responsable de epidemiología o quien haga esta función de liderar esta actividad a través de las brigadas de intervención.

- Todos los casos notificados o identificados en la búsqueda activa deben ser sujetos a un seguimiento hasta completar la investigación.
- La visita domiciliaria para realizar el censo de contactos se realizará dentro de las 48 horas de notificado el caso.
- Se realizará el seguimiento de los contactos desde el momento en que es captado hasta 23 días (período de incubación) de iniciada la erupción del caso índice.
- Los resultados serán colocados en la ficha clínico epidemiológica.

e.- CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO

- a) **La investigación clínica y epidemiológica** se inicia con la identificación del caso *suspechoso*, a quien se debe investigar dentro de las 48 horas de conocido el mismo, y obtener una muestra para diagnóstico de laboratorio de sarampión y rubéola.
- b) Si en la investigación el caso cumple con criterios clínicos y epidemiológicos para sarampión o rubéola y tiene un resultado positivo (por IgM o aislamiento viral) el caso se clasifica como *caso confirmado* de sarampión o rubéola (según el resultado de laboratorio).
- c) Además de la confirmación clínico, epidemiológica y de laboratorio el caso debe clasificarse de acuerdo al probable lugar o fuente de infección, considerando los siguientes criterios:
 - Si en la investigación clínico epidemiológica se determina que el caso adquirió la infección fuera del país, el caso se clasifica como *caso confirmado* importado de sarampión rubeola.
 - Si en la investigación clínico epidemiológica se determina que el caso adquirió la infección dentro del país, pero a partir de un *caso importado*, se clasifica como *caso confirmado* de sarampión o rubeola relacionada con la importación.
 - Si en la investigación clínico epidemiológica se determina que el caso adquirió la enfermedad debido a vacunación (en los últimos 14 días) el caso se clasifica como caso de sarampión o rubeola asociado a la vacuna.
- d) Si en la investigación clínico epidemiológica no se puede determinar el lugar probable de infección, no se establece relación con casos importados y no está relacionado a vacunación, el caso se clasifica como caso con fuente de infección desconocida.



VIII. DE LAS RESPONSABILIDADES:

Son responsables de cumplir y hacer cumplir el presente plan todos los Jefes de los Departamentos y Servicios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa":

- Dirección General
- Dirección Medica
- Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto
- Jefe del Departamento de Medicina
- Coordinador de Pediatría
- Jefatura de Enfermería.
- Coordinador de Gineco Obstetricia
- Jefe del Departamento de Laboratorio Clínico.
- Jefe del Departamento de Farmacia
- Coordinador de las Estrategias Sanitarias
- Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

IX. FINANCIAMIENTO

El financiamiento estará a cargo del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" a través de la Estrategia Sanitaria de Atención de Urgencias y Emergencias, de la Dirección Ejecutiva de Administración y de la Dirección de Planeamiento y Presupuesto.

Cronograma del Plan de Respuesta Rápida ante la presentación de casos de Sarampión/rubéola

ACTIVIDAD	SEM 1	SEM 2	SEM 3
ELABORACION DEL PLAN	X		
VALIDACION	X		
OFICIALIZACION	X		
SOLICITUD DE APOYO LOGISTICO	X		
PRESENTACION DE DOCUMENTO APROBADO		X	
CAPACITACION DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO			X



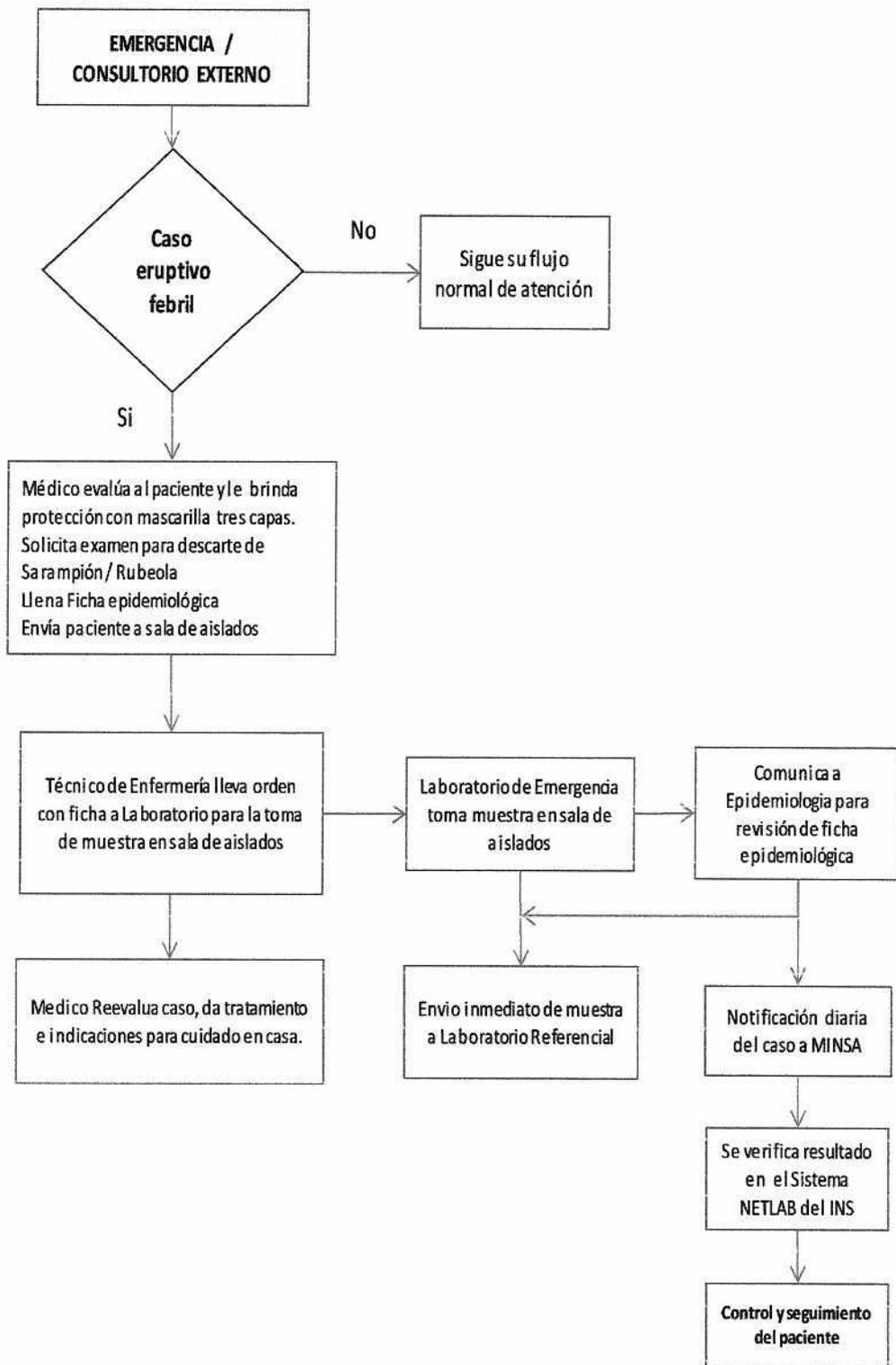
Listado de necesidades y presupuesto estimado

RUBRO	COSTO
UTILES DE ESCRITORIO	380.00
REFRIGERIOS PARA SESIONES DE TRABAJO	280.00
IMPRESIÓN DEL DOCUMENTO TECNICO	200.00
REPRODUCCION DE MATERIAL INFORMATIVO	1000.00
MATERIAL DE LABORATORIO	1200.00
TRANSFERENCIA DE CASOS PEDIATRICOS	1500.00
ADECUACION DE SALAS AISLAMIENTO	2500.00
ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD	1800.00
TRANSPORTE DE MUESTRAS AL LAB. DE REFERENCIA	800.00
TOTAL	9,660.00



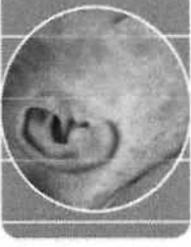
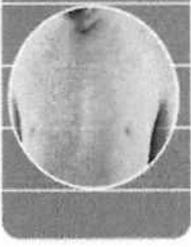
X. ANEXOS

ANEXO N°1
Flujograma de Atención del Paciente Sospechoso de Sarampión/Rubeola



ANEXO N°2

Vacunas Disponibles

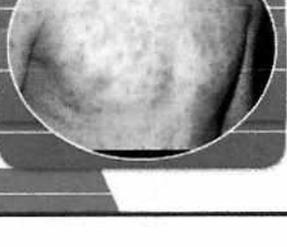




Sarampión

Vacuna sarampión, rubeola y parotiditis(SPR)

Tipo de Vacuna	Vacuna de virus vivos atenuados
Indicaciones	Prevención del Sarampión, Rubeola y Parotiditis
Esquema de Vacunación	Dos dosis: 12 meses y 18 meses de edad.
Dosis	0.5 ml
Posibles efectos post vacúnales	Usualmente entre los siete y catorce días: Alza térmica, exantema, tos, coriza, conjuntivitis del componente anti sarampión. El componente antirubeólico genera fiebre, exantema, además linfadenopatias y artralgias en menos de 0.5% de los casos. El componente antiparotídico puede producir en muy raras ocasiones (menos del 0.1%) fiebre, hipertrofia parotídea, entre el día 7 y 21 post vacunación.
Contraindicaciones	Reacción alérgica severa (anafilaxia) a una dosis previa de la vacuna. Reacción a los componentes de la vacuna. (huevo, gelatina, Neomicina). Paciente con inmunodeficiencia grave.





Sarampión

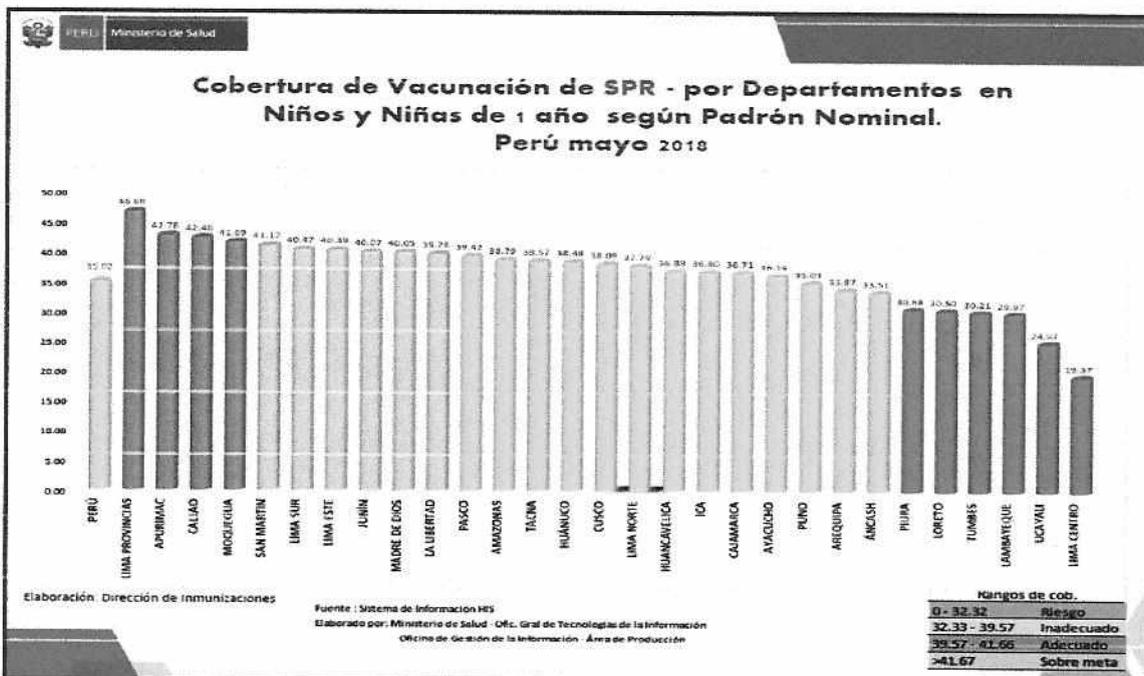
Vacuna sarampión y rubeola (SR)

Tipo de Vacuna	Vacuna de virus vivos atenuados
Indicaciones	Prevención del Sarampión y Rubeola
Esquema de Vacunación	Una dosis: 5 a 49 años(que no recibieron la vacuna) a) Se vacuna en poblaciones de riesgo como: - Personal de salud. - Personal de aeropuertos, terrapuertos, migraciones y otras áreas de contacto con turismo. - Población que vive en fronteras y en zona de elevado tránsito turístico-comercial. - Población que viaja a países con circulación endémica y áreas de brote de sarampión. - Poblaciones indígenas y dispersas, de manera voluntaria, respetando sus derechos y su interculturalidad
Posibles efectos post vacúnales	Usualmente entre los siete y catorce días: Por el componente sarampión: Alza térmica, exantema, tos, coriza, manchas koplik , purpura trombocitopenia, conjuntivitis del componente anti sarampión. Por el componente antirubeólico genera fiebre, exantema, además linfadenopatias y artralgias en menos de 0.5% de los casos.
Contraindicaciones	Reacción alérgica severa (anafilaxia) a una dosis previa de la vacuna. Reacción a los componentes de la vacuna. (huevo, gelatina, Neomicina). Paciente con inmunodeficiencia grave. En el embarazo, la recomendación es no vacunar contra la rubeola es para no asociar la vacuna con complicaciones que eventualmente pueden ocurrir durante la gestación.

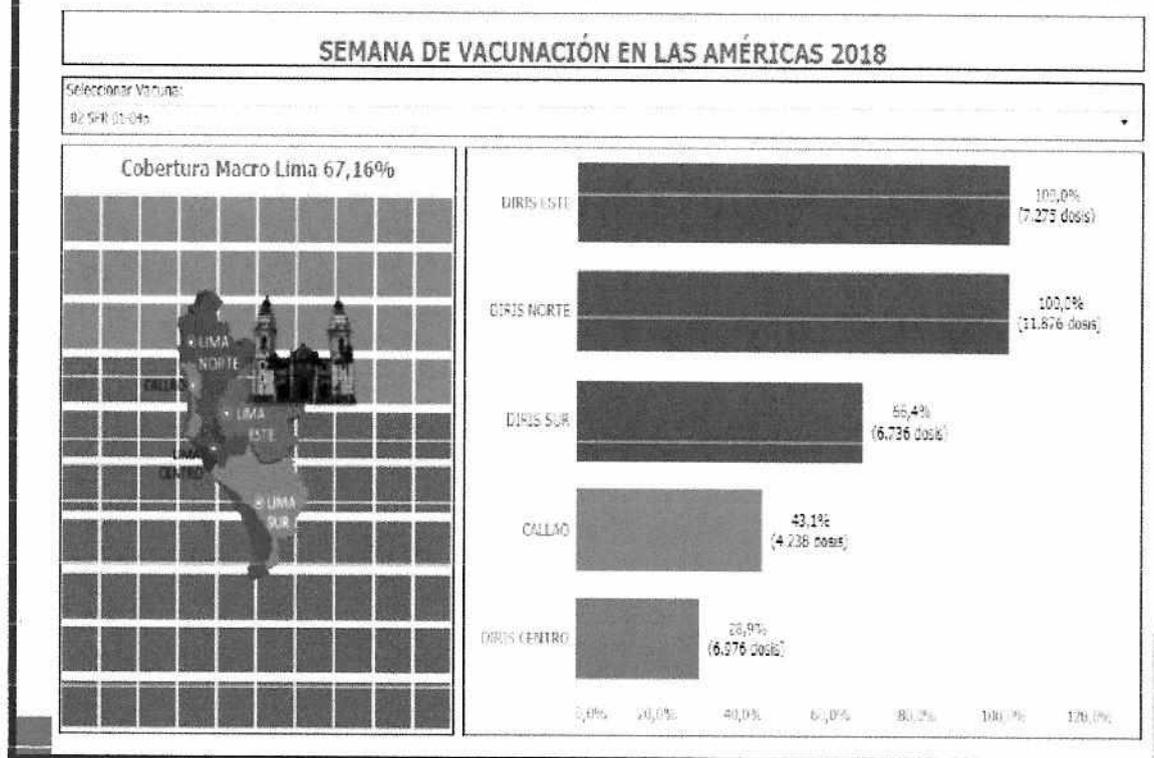


ANEXO N°3

Cobertura de Vacunación y Acumulo de Susceptibles



Cobertura de Vacunación de SPR - por DIRIS y DIRESA Callao en Niños y Niñas de 1-4 años Perú junio 2018



Las bajas cobertura alcanzadas condicionan un incremento de personas susceptibles a enfermarse de Sarampión / Rubeola, como se observó en las figuras anteriores.



ANEXOS N°4

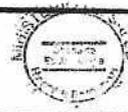
Tabla de criterios clínico, epidemiológico y laboratorial para diagnóstico de caso.

CRITERIOS	SARAMPIÓN	RUBEOLA
CLÍNICO	<p>Fase pre-eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta • Tos • Conjuntivitis <p>Fase eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exantema máculo papular no vesicular céfalo-caudal • Progresión en 3 a 4 días <p>Fase Descamativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descamación fina • Dura de 3 a 4 días 	<p>Fase pre-eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Adenopatías retro auriculares y occipital <p>Fase eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exantema máculo popular No vesicular céfalo-caudal • Progresión en 24 horas
EPIDEMIOLOGICO	<p>Procedencia de zona endémica o áreas de riesgo o zona de brote</p> <p>Ser contacto de un caso sospechoso o importado</p>	<p>Procedencia de zona endémica o áreas de riesgo o zona de brote</p> <p>Ser contacto de un caso sospechoso o importado</p>
LABORATORIAL	<p>ELISA IgM positivo para sarampión y</p> <p>- Aumento en 4 veces el título de Ig G para sarampión en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la 1° muestra</p>	<p>ELISA IgM positivo para rubéola y</p> <p>- Aumento en 4 veces el título de Ig G para rubéola en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la 1° muestra.</p>



ANEXOS N°5

FICHA DE NOTIFICACIÓN

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		SARAMPIÓN CIE 10: B05 RUBÉOLA CIE 10: B06 FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA			
					
SARAMPIÓN ()		RUBÉOLA ()			
DEFINICIÓN OPERATIVA : CASO SOSPECHOSO 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 maculo papular generalizada, NO vesicular.					
CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de conocimiento local	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE DISA _____ RED _____ Nombre del establecimiento _____ Captación del caso: Notificación regular _____ Búsqueda activa _____ Defunción _____					
II. DATOS DEL PACIENTE Apellidos Paterno _____ Apellidos materno: _____ Nombres : _____ DNI _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad ____Años / Meses M [] F [] Nombre de la madre: _____ Telef. _____ Domicilio actual:					
Departamento _____	Provincia _____	Distrito _____	Localidad _____	Teléfono _____	Nombre de zona _____ Tipo de vía Av. Jr. Calle Psj. Otro _____ Nombre de vía _____ Número/Km./Mz. _____ Int/Dep/Lote _____
Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc) _____					
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Tipo de zona Urb. PPJJ. Coop. otro _____					
Nombre de zona _____ Tipo de vía Av. Jr. Calle Psj. Otro _____ Nombre de vía _____ Numero /Km./Mz. _____ Int/Dep/Lote _____					
IV. CUADRO CLÍNICO Fecha inicio de fiebre: ____/____/____ N° días duración () Temperatura: ____ °C Fecha inicio erupción maculo papular ____/____/____ N° días de duración ()					
Síntomas / Signos Tos (Si) (No) Rinorrea (Si) (No) Coriza (Si) (No) Artralgias (Si) (No) Agrandamiento de ganglios cervicales (Si) (No) Otros _____ Agrandamiento de ganglios retroauriculares (Si) (No) _____ Conjuntivitis (Si) (No) Lactancia materna en < 1 año (Si) (No)				Complicaciones Otitis media (Si) (No) Neumonía (Si) (No) Diarrea (Si) (No) Convulsiones (Si) (No) Otras _____	
Describir la erupción (color, inicio, distribución, duración, prurito, secuela, etc) _____					
Hospitalizado (Si) (No)	Fecha ____/____/____	Que Hospital:		N°H.C	
Fallecido (Si) (No)	Fecha ____/____/____	Causa:			
Gestante: (Si) (No)	N° semanas de gestación	Este caso tuvo contacto con gestante (Si) (No) en que fecha _____ Semanas de gestación en que sucedió el contacto _____			
V. ANTECEDENTES VACUNALES Sólo considerar dosis de vacuna con componente antisarampiñoso (ASA, SRP, SR) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó.					
a. Vacunado con ASA () SPR () SR () : N° de dosis recibidas: ____ Fecha de la última dosis: ____/____/____ Establecimiento de Salud donde se vacunó: _____ N° Lote: _____ b. No vacunado () c. Ignorado ()					



ANEXO N°6

CALCULADORA PARA
SARAMPIÓN

		Sarampión	
Fecha de inicio del exantema:		Calculadora para periodos de investigación	
Día : <input type="text" value="4"/>	Mes : <input type="text" value="3"/> Año : <input type="text" value="2018"/>	<input type="text" value="domingo, 04 de marzo de 2018"/>	<input type="text" value="Organización Panamericana de la Salud 2006"/>
Periodo probable de infección :			
<input type="text" value="Del miércoles, 14 de febrero de 2018"/>		<input type="text" value="¿Que hacer?"/>	
<input type="text" value="Al domingo, 25 de febrero de 2018"/>			
<input type="text" value="Con mayor probabilidad el domingo, 18 de febrero de 2018"/>			
Periodo probable de transmisibilidad :			
<input type="text" value="Del miércoles, 28 de febrero de 2018"/>		<input type="text" value="¿Que hacer?"/>	
<input type="text" value="Al jueves, 08 de marzo de 2018"/>			
Periodo probable de aparición de casos secundarios :			
<input type="text" value="Del miércoles, 07 de marzo de 2018"/>		<input type="text" value="¿Que hacer?"/>	
<input type="text" value="Al lunes, 26 de marzo de 2018"/>			
Muestras nasofaríngeas y de orina :			
<input type="text" value="Del domingo, 04 de marzo de 2018"/>		<input type="text" value="¿Que hacer?"/>	
<input type="text" value="Al viernes, 09 de marzo de 2018"/>			
Muestras de suero :			
<input type="text" value="Del domingo, 04 de marzo de 2018"/>		<input type="text" value="¿Que hacer?"/>	
<input type="text" value="Al domingo, 08 de abril de 2018"/>			
Para considerar el caso como posvacunal el paciente debió vacunarse:			
<input type="text" value="Del domingo, 18 de febrero de 2018"/>		<input type="text" value="¿Que hacer?"/>	
<input type="text" value="Al domingo, 25 de febrero de 2018"/>			



ANEXO N° 7



PERÚ

Ministerio
de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Procedimientos para la obtención de muestras para el diagnóstico de sarampión o rubéola¹

Debido a las alertas epidemiológicas de incremento de riesgo de transmisión de sarampión en los países de las Américas es necesario intensificar la búsqueda activa de casos según lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 049-MINSA/DGE-V.01 para la vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles eruptivas (aprobado por RM 800-2012/MINSA).

Se obtendrá una muestra de sangre y también hisopado nasal y faríngeo, al primer contacto con un paciente con sospecha de sarampión o rubéola. A continuación, se describen los procedimientos que se deben realizar según tipo de muestra:

SUERO SANGUINEO

Para detección de anticuerpos IgM anti-sarampión o IgM anti-rubéola

Procedimientos:

- En el primer contacto con el paciente se extrae 5 ml de sangre venosa sin anticoagulante*.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrifuga 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
- Enviar la muestra inmediatamente al Instituto Nacional de Salud (INS) manteniendo la cadena de frío



(*) 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, se requiere una segunda muestra de suero a los 15 días de inicio de la erupción para evaluar seroconversión.

¹ Directiva Sanitaria N°049-MINSA/DGE V.01 "Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles eruptivas" aprobado con Resolución Ministerial N° 800-2012/MINSA





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

HISOPADO NASAL Y FARINGEO

Para qRT-PCR y aislamiento viral

Procedimientos:

- Colectar una muestra de hisopado nasal y faríngeo hasta los primeros 5 días de iniciada la erupción.
- Para la obtención de la muestra se deberá usar 2 hisopos de dacrón estéril y medio de transporte viral (MTV^(*)) conservado a temperatura +2 a +8°C
- Luego de humedecer un hisopo en el MTV, se obtendrá la muestra en cada fosa nasal con movimiento rotatorio.
- Con el otro hisopo y utilizando un baja lengua, se obtendrá la muestra de la parte posterior de la faringe.
- Colocar ambos hisopos en el MTV y romper para cerrar hermética el 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



(*) Los MTV requeridos son los mismos que se utilizan en la Vigilancia de Virus Respiratorios.



ANEXO N°8

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE SARAMPIÓN



Alerta de Sarampión: Claves para el diagnóstico clínico



Jorge Luis Candela Herrera
Infectología Pediátrica

Profesor Curso Gorgas de Medicina Clínica Tropical UPCH/UAB

Objetivos:

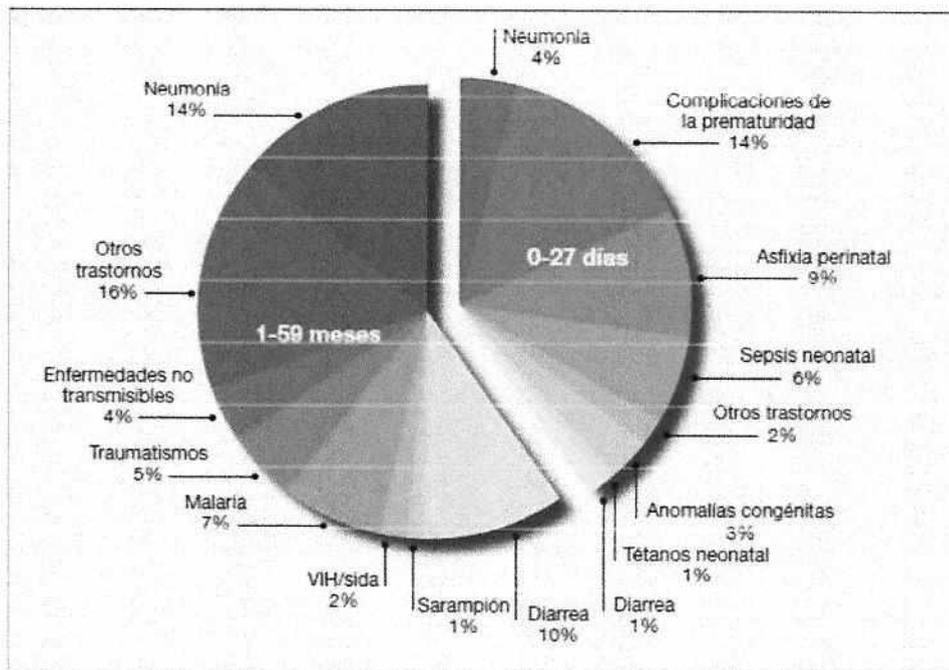
- Revisar las principales características clínicas claves para el diagnóstico del Sarampión y una estrategia para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas frecuentes en la práctica pediátrica ambulatoria



SARAMPION: Familia Paramixoviridae, RNA

• Transmisión aérea	Permanece en ambiente hasta 2 horas (espacios públicos)
• Riesgo de transmisión	90% en contactos susceptibles. Todos enferman
• Complicaciones	1 o más en al menos en 30% de casos
• Mortalidad	1 a 2 muertes por 1000 casos Tasa letalidad 4 a 10% en países en desarrollo
• Encefalitis, EMDA	1 a 2 casos por 1000 casos
• Panencefalitis esclerosante subaguda	8.5 casos por 1 millón casos
• Neumonía viral	1% a 6% casos Otras: BNM, LTB, bronquiolitis, bronquiectasias Sobreinfección bacteriana en 5%
• Otitis media aguda	5% a 10% casos
• Diarrea	8% de casos Asociación con estomatitis mayor riesgo de Desnutrición
• Oculares	Queratitis, ulcera corneal, ceguera

Causas de muertes en niños menores de 5 años, 2010



Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS 2013



Todavía hay demasiados niños con Sarampión: 20,8 millones que no reciben la primera dosis de la vacuna. Más de la mitad de estos niños viven en seis países: Nigeria (3,3 millones), India (2,9 millones), Pakistán (2 millones), Indonesia (1,2 millones), Etiopía (0,9 millones) y la República Democrática del Congo (0,7 millones).

El sarampión representa todavía hoy causa importante de muerte en el mundo por enfermedades inmunoprevenibles.



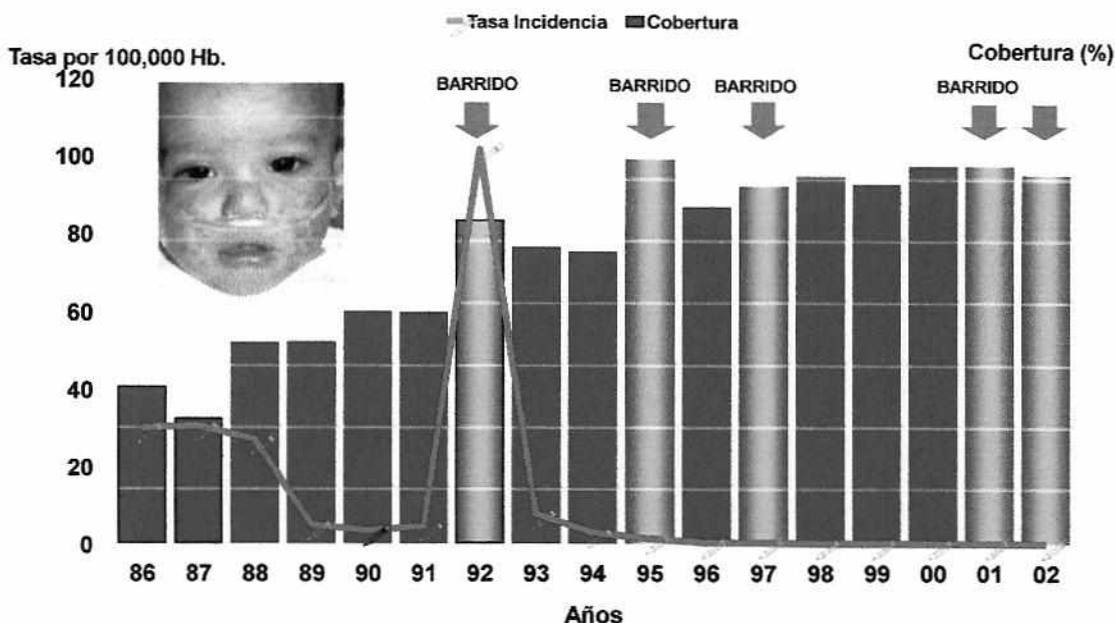
Año 2000: 733.000 fallecidos.

Año 2008: 164.000 fallecidos.

Año 2011: 158.000 fallecidos.

Año 2014: 114.900 fallecidos.

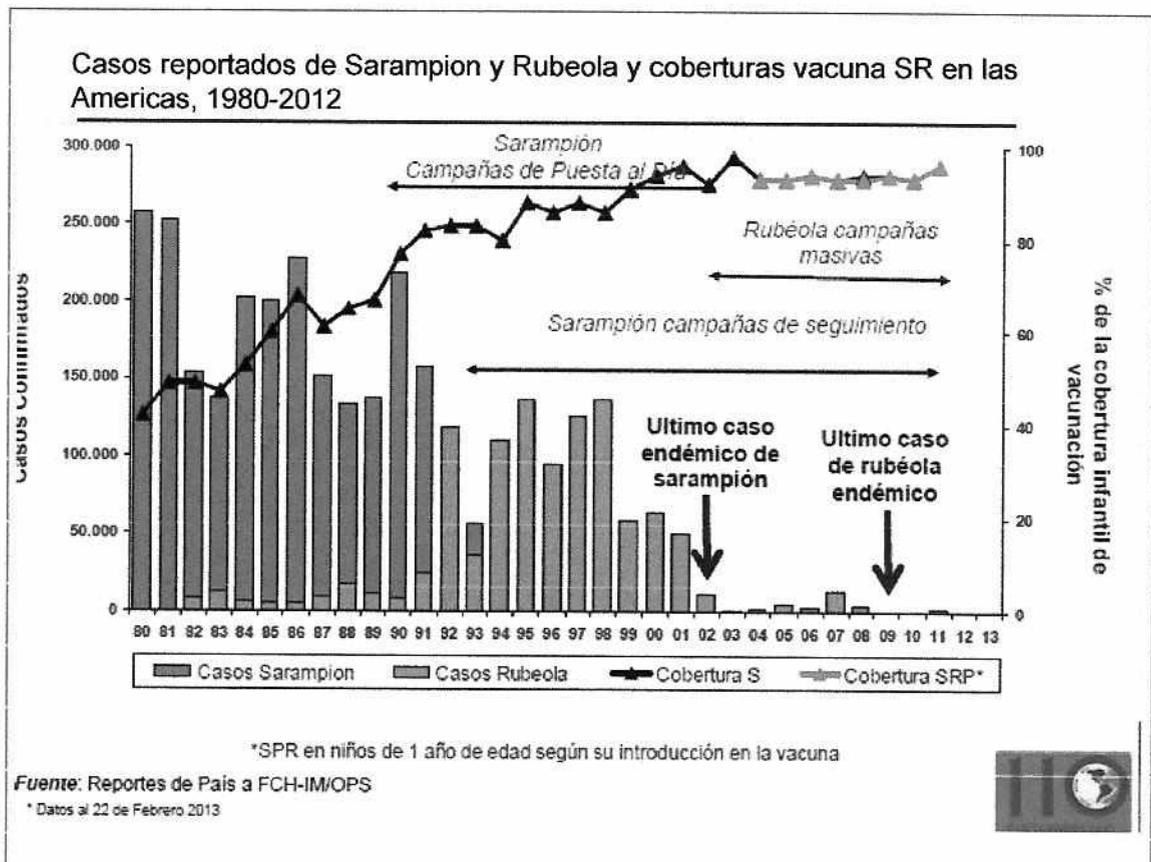
SARAMPION :TASA DE INCIDENCIA Y COBERTURA DE VACUNACION EN EL GRUPO DE EDAD DE 1 AÑO - PERU 1986- 2002



FUENTE: OGE/DGSP/MINSA

(**) A partir de 1997 se vacuna a la edad de 1 año





Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
 Oficina Regional de las Américas

16 de marzo de 2018: Sarampión - Actualización Epidemiológica



En 2017, cuatro países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), los Estados Unidos de América (120 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (727 casos).

En los primeros meses de 2018 son 9 los países que han notificado casos confirmados: Antigua y Barbuda (1 caso), Brasil (14 casos), Canadá (4 casos), Colombia (1), Estados Unidos de América (13 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y Venezuela (159 casos). F





PERÚ Ministerio de Salud

INTRANET | TUPA | RSS

Atención al Ciudadano | Prevención para la Salud | Profesionales de la Salud | Institucional | Prensa | Estadística | Apps

Sala de Prensa

Archivo de Noticias | Ticker Minsa | Directorio de Enlaces | Publicaciones

Ministerio de Salud declara alerta sanitaria a nivel nacional por un caso confirmado de sarampión

"El afectado es un varón de 46 años que vive en el Callao y que hace dos semanas viajó a Puno". Los niños menores de 5 años, que no hayan sido inmunizados contra el sarampión, deben ser llevados a un establecimiento de salud para recibir la vacuna.

Minsa

Viernes, 2 de marzo del 2018

El Ministerio de Salud (Minsa) declaró la alerta sanitaria a nivel nacional por un caso confirmado de sarampión identificado en el Callao y realizó el cambio epidemiológico para cortar la cadena de contagio de esta enfermedad en las zonas alejadas a la vivienda de la persona afectada.

El Director General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNDE) del Minsa, Dr. Luis Suárez Córdova explicó que la persona detectada con sarampión es un varón de 46 años que vive en el Callao y que viajó al distrito de Vilquechico, en Puno, del 6 al 14 de febrero. "Al retornar de su viaje presentó los síntomas como cefalea, fiebre, dolor de garganta y erupciones cutáneas", dijo.

ACCIONES INMEDIATAS
Tras confirmarse el caso de sarampión el Minsa declaró la alerta sanitaria a nivel nacional y todos los establecimientos de salud procederán a aplicar los protocolos de atención de personas que presenten fiebre con erupción cutánea.

Seguir a @Minsa_Peru | Me gusta

+ Más noticias

MINSA | **SARAMPIÓN**

Aprende qué cuidados debes tener si decides acompañar en días feriados por Semana Santa

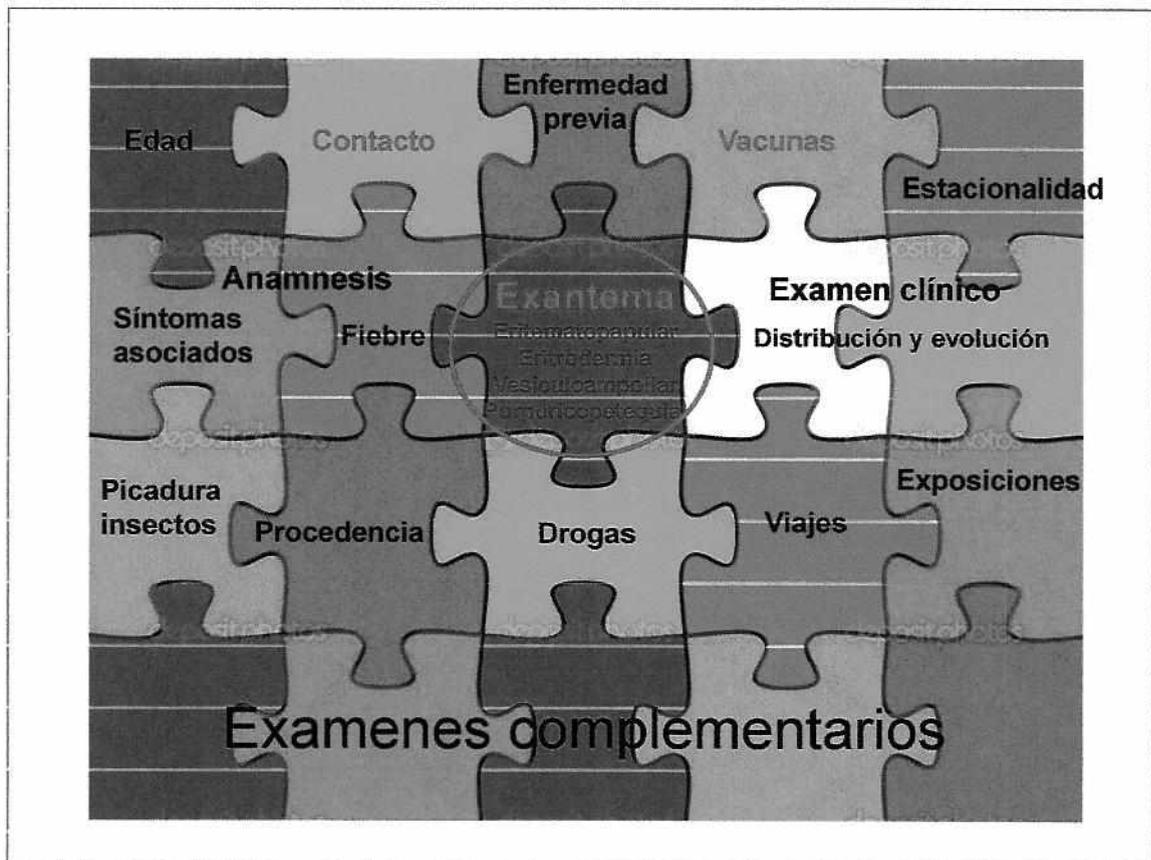
Mejorarán el Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza

OPS/OVS felicita al Perú por promover acciones

Exantemas en Pediatría

- Erupción cutánea asociada a una enfermedad sistémica (infecciosa vs no infecciosa)
- Motivo frecuente de consulta en la práctica ambulatoria pediátrica
- Mayoría de etiología infecciosa viral inespecífica y de evolución auto limitada
- Requieren abordaje diagnóstico sistemático para detectar etiologías de importancia epidemiológica o que requieren de un tratamiento específico e incluso urgente para evitar complicaciones y muerte





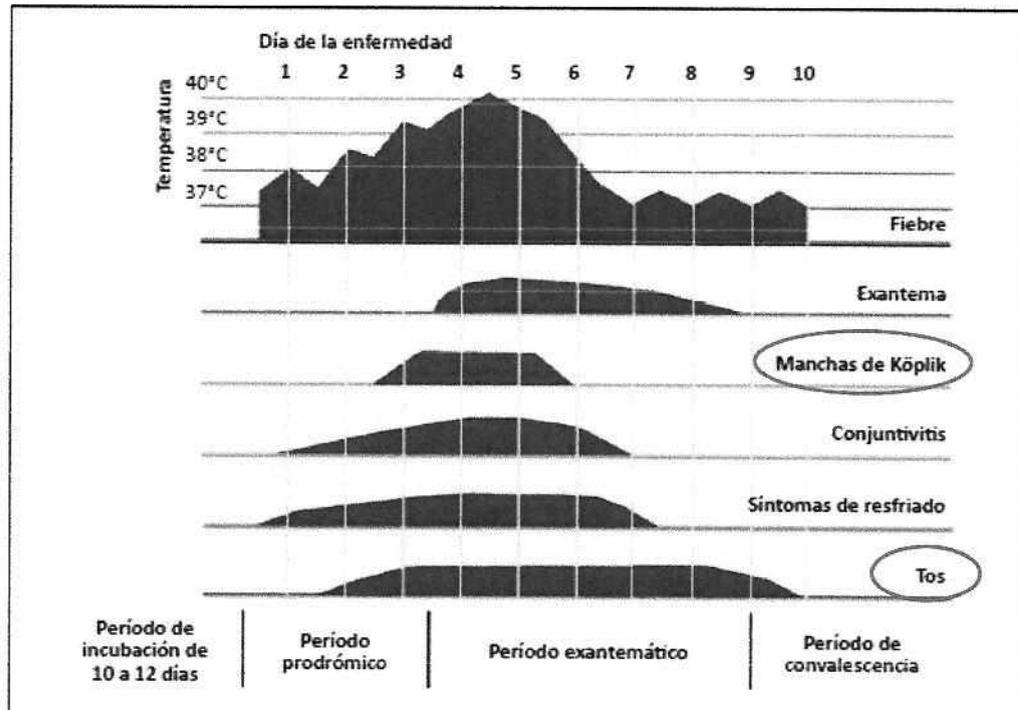
Secuencia patogénica de la infección por el virus del sarampion

Día	Evento
0	El virus sarampion, a través de gotitas, toma contacto con la superficie epitelial de la nasofaringe y posiblemente de la conjuntiva ocular
1-2	Extensión de la infección a linfonodos regionales
2-3	Viremia primaria
3-5	Multiplicación del virus sarampion en el epitelio respiratorio en el sitio inicial de infección y en el sistema reticuloendotelial regional y en sitios distantes
5-7	Viremia secundaria
7-11	Clinica de exantema y compromiso respiratorio u otros sitios de acuerdo a la viremia
11-14	Virus en la sangre, tracto respiratorio, piel y otros organos
15-17	Disminución de la viremia así como el contenido viral en distintos organos

Virus infecta células endoteliales, epiteliales, monocitos y macrófagos



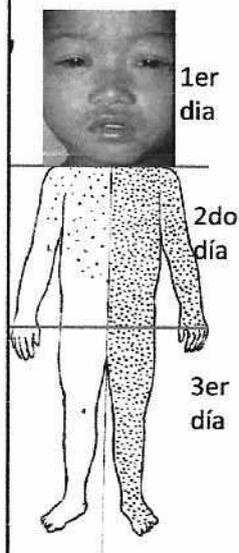
Sarampión: Periodos



Sarampión típico

Erupción maculo-papulosa/ morbiliforme

- Precedido de 2 a 4 días de fiebre, malestar, conjuntivitis, rinorrea y Tos que empeoran con los días
- Manchas Koplick: 24 a 48 horas antes de aparición de exantema
- Inicia en cara, se extiende a cuello y empeoran síntomas prodrómicos
- Progresión céfalo-caudal en 3 a 4 días
- Respeta palmas y plantas
- Inicialmente blanquea a dígito presión
- Extensión y confluencia relacionado a severidad de enfermedad
- Fiebre remite después del 3er a 4to día de aparición del exantema con alivio de síntomas prodrómicos
- Exantema se torna color parduzco, desvanece en orden que apareció y luego descama finamente



Variantes clínicas

Sarampión modificado: infección atenuada en pacientes con inmunidad preexistente no protectora:

- Transferencia transplacentaria de Ac anti-sarampión
- Receptores de Inmunoglobulina endovenosa
- Vacunación contra sarampión que genera títulos bajos de Ac
- Antecedente de sarampión?

Sarampión atípico: Vacunados con vacuna a virus muerto

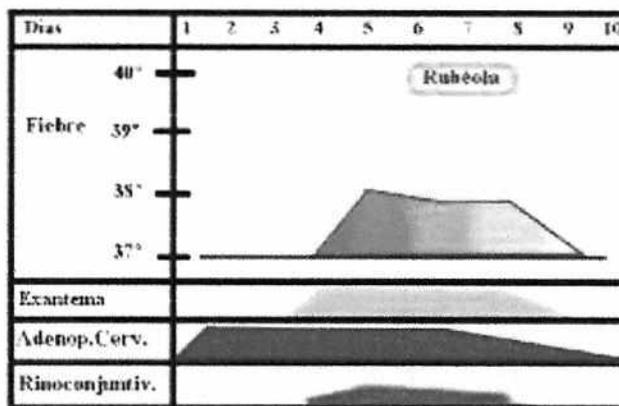
- Fiebre más alta y prolongada, exantema inicia en extremidades, afecta palmas y plantas, respeta cuello y cara
- Exantema puede ser vesicular, petequial, purpúrico o hemorrágico
- Enfermedad grave no contagiosa

Sarampión en inmunocomprometidos celulares: SIDA, linfoma, inmunosupresión post exposición a sarampión

- Presentación atípica, exantema puede estar ausente
- Neumonía a células gigantes, encefalitis por cuerpo de inclusión
- Enfermedad grave contagiosa

Rubeola

Inmunoprevenible sujeto a vigilancia



Erupción maculo papulosa

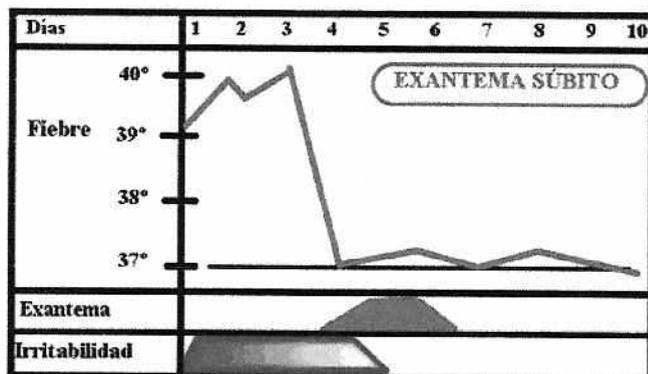
Adenopatias retroauriculares,
suboccipital y cervicales

Imágenes: Google



Roséola Infantil o Exantema Súbito

Herpes virus tipo 6 y 7



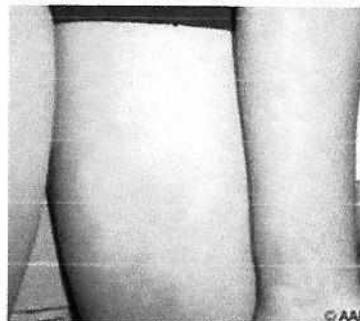
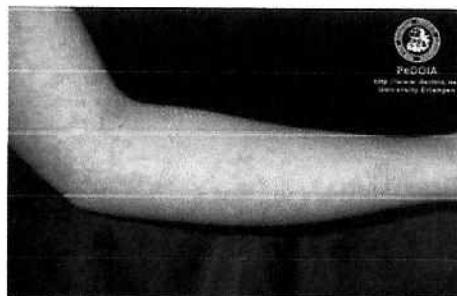
Erupción eritemato papulosa

¿ Exantema por drogas?

Imágenes: Google

Eritema Infeccioso o 5ta enfermedad

Parvovirus B19



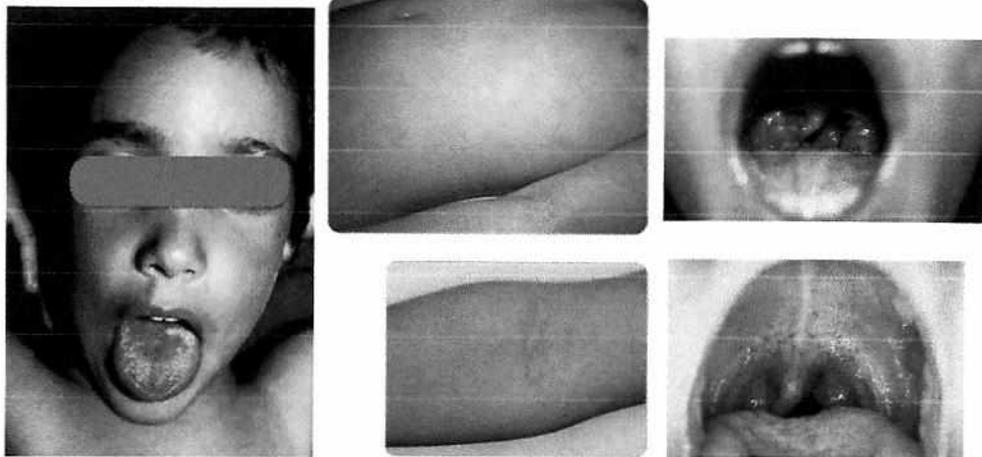
Erupción eritemato papulosa
reticular (Encaje)



Fiebre Escarlatina

Streptococcus pyogenes (SBHGA) y toxina eritrogénica

Fiebre, dolor de garganta más:

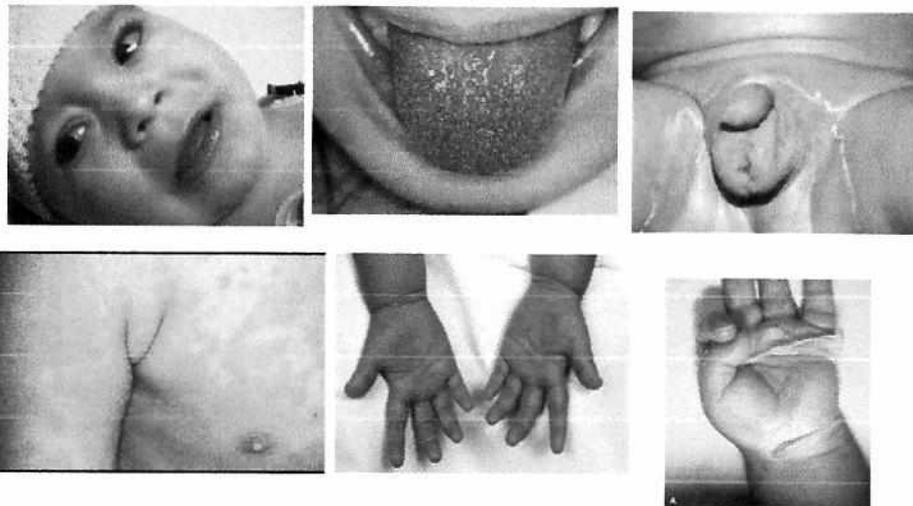


Erupción eritemato micropapuloso confluyente (piel de lija) con acentuación en pliegues y posterior descamación en tronco, palmas y plantas

Imágenes: Google

Enfermedad de Kawasaki

Fiebre > 5 días más:

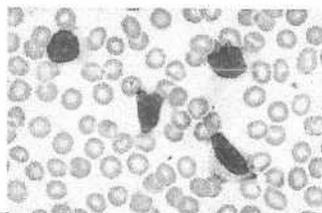


Tratamiento urgente con Inmunoglobulina ev 2g/kg y aspirina
Ecocardiografía



Mononucleosis Infecciosa EBV

Fiebre , dolor de garganta, adenomegalias cervicales bilateral y exantema secundario a amoxicilina



- Hepatomegalia
- Esplenomegalia

- Leucocitos > 10,000 /mm³
- Linfocitos > 50%
- Linfocitos atipicos > 10%

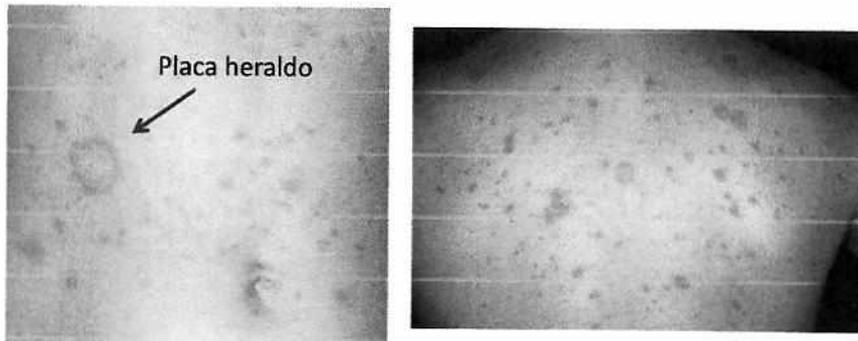
Síndrome Retroviral Agudo (VIH) en adolescentes

	Síndrome Retroviral Agudo	Mononucleosis Infecciosa
Comienzo	Agudo	Insidioso
Amigdalitis con exudado	NO	SI
Úlceras mucocutáneas	SI	NO
Exantema	+++	+
Ictericia	NO	SI
Diarrea	SI	NO
Diagnóstico	RT-PCR VIH Carga viral VIH	Ig M VCA (+) y Ig G EBNA (-)



Ptíriasis Rosada

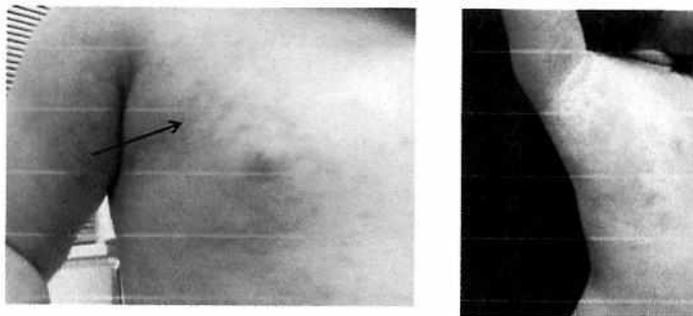
¿Infeccioso?



Lesión ovalada solitaria, más tenue en centro y reborde elevado con descamación. En 1 a 2 semanas se generaliza con pápulas eritemato escamosas color rosado y marrón

Exantema Latero torácico Unilateral (exantema periflexural asimétrico)

¿ Viral ?



Erupción eritemato papulosa , morbiliforme, eccematosa



Exantema papulopurpúrico en guante y calcetín

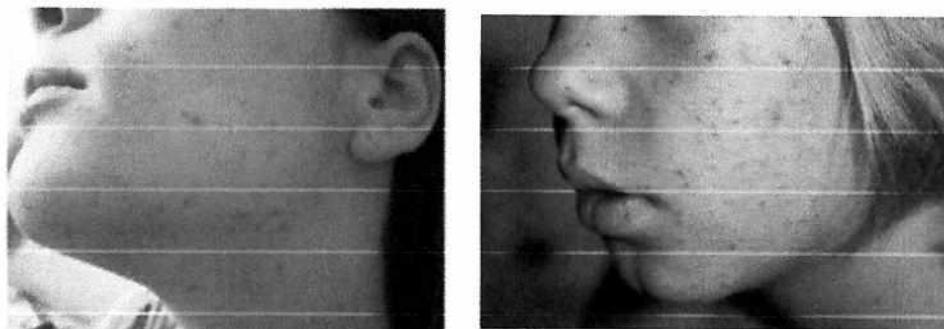
Parvovirus B 19



Erupción purpúrica con edema eritema doloroso con sensación de prurito o quemazón
Ocasionalmente lesiones orales

Pseudoangiomatosis Eruptiva

Echovirus, CMV, EBV, Coxsackie virus

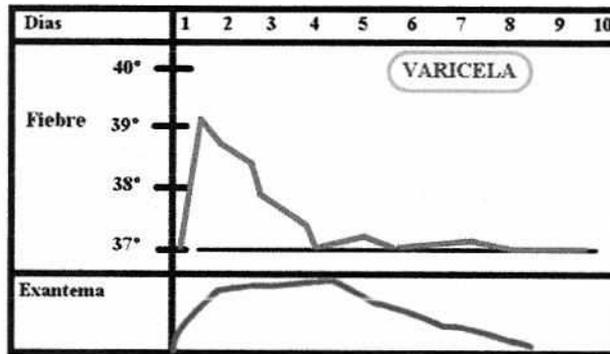


Erupción papular con punto central vascular rodeado de halo avascular.
Blanquean a la presión



Varicela

Inmunoprevenible, no sistemática



- Eritemato papulo vesículo costrosa
- Evolucina en brotes
- Polimorfismo regional
- Distribución centripeta

Diferenciar:

- Herpes simple tipo 1
- Enfermedad BMP
- Prurigo
- Impetigo
- Acarosis

Pseudoangiomatosis Eruptiva

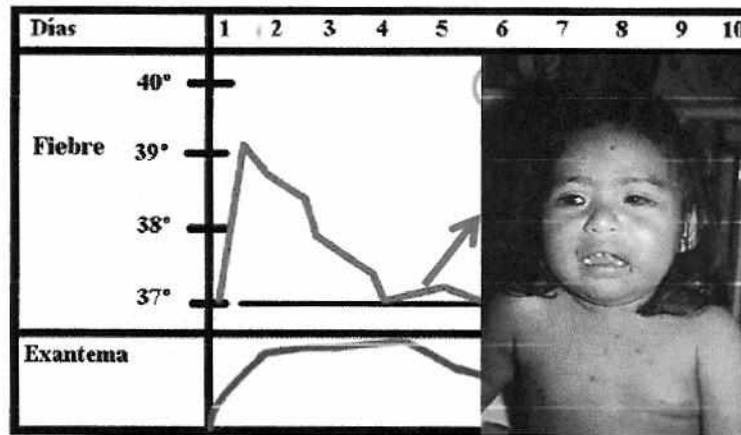
Echovirus, CMV, EBV, Coxsackie virus



Erupción papular con punto central vascular rodeado de halo avascular.
Blanquean a la presión

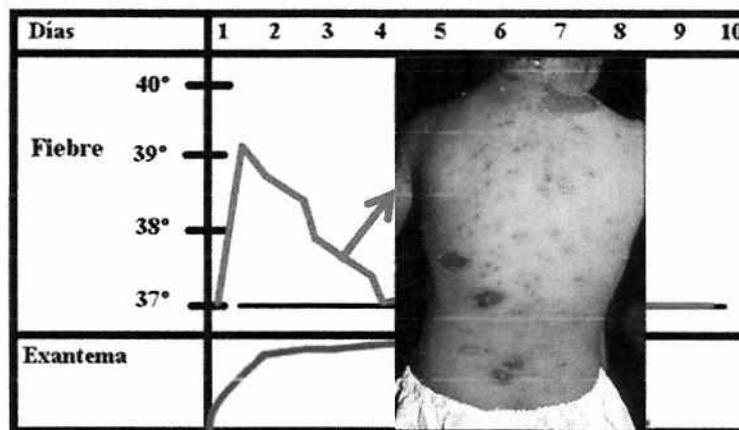


Varicela y exantema escarlatiniforme



Impétigo estreptocócico con producción de exotoxina eritrogénica

Varicela y lesiones bulosas

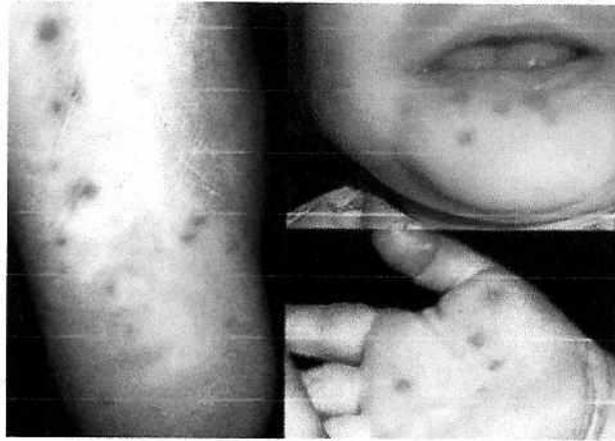


Varicela complicada con infección estafilocócica productora de toxina epidermolítica.
 Diferenciar de Síndrome de Steven Johnson



Enfermedad boca mano pie

Coxsackie A16



**Erupción vesicular de forma lanceolada con base eritematosa
y úlceras orales**

Imágenes: Google

Herpes Neonatal (Piel, ojos y boca)

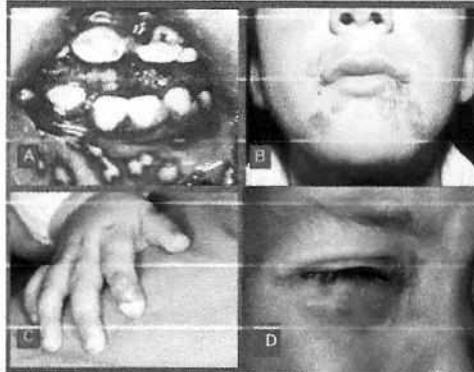


- 80% HSV 2
- POB representa 45% de casos
- Presenta en primeras 2 semanas de vida hasta 6ta semana
- Puede evolucionar a SNC o diseminada

**Tratamiento antiviral con aciclovir
Urgente**



Herpes Simple tipo 1



- A. Gingivostomatitis
- B. Herpes labial
- C. Panadizo herpético
- D. Localización por auto inoculación

Síndrome de piel escaldada Estafilococo aureus / toxina exfoliativa

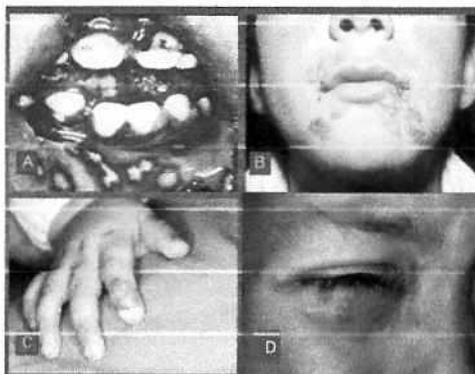


Fiebre, irritabilidad y eritrodermia dolorosa que inicia en cara, axila e ingles y luego generaliza. Posteriormente ampollas con Nikolski positivo. Edema facial y costras periorales respetando mucosas. Usualmente foco desapercibido en nasofaringe, conjuntiva y ombligo

Tratamiento antibiótico urgente

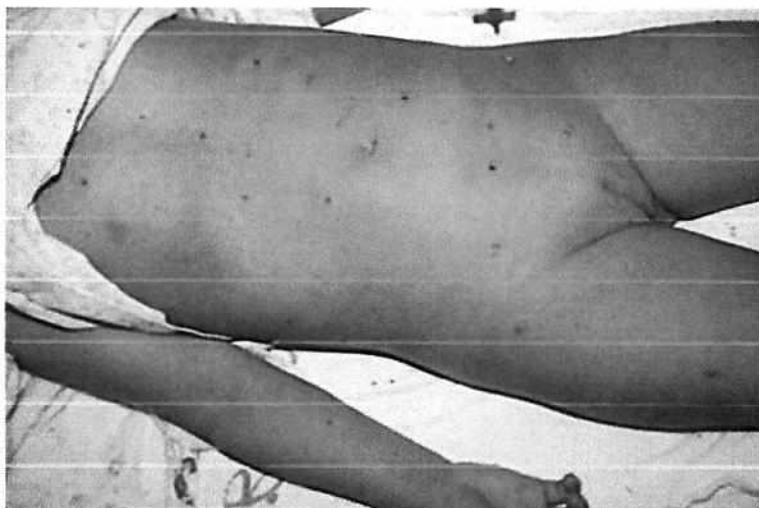


Herpes Simple tipo 1



- A. Gingivoestomatitis
- B. Herpes labial
- C. Panadizo herpético
- D. Localización por auto inoculación

Shock tóxico SBHGA vs Estafilocócico aureus



Fiebre y eritrodermia difusa más intensa en pliegues con compromiso general. Ocasionado por toxina de SSTs asociado a infección severa de piel y tejidos blandos



Comparación de Síndromes de Shock Bacterianos en niños

Organismo	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Meningococo
Toxin	TSST-1, enterotoxin	Pyrogenic exotoxin	Endotoxin (LPS)
Asociación Epidemiología	Menstruación con uso de tapón	Varicela	Deficit complemento
Clinica			
Rash	Escarlatiniforme	Escarlatiniforme	Purpúrico
Lengua	"fresa"	"fresa"	Normal
Coagulopatía	Leve	Leve	Severa
Infección focal	Usualmente (abscesos y uso de tampón)	En muchos casos (celulitis, fasciitis necrozante)	Usualmente ausente
Tratamiento	Oxaciln+clindamici	Oxaciln+clindamic	Ceflosp 3era Gen
Cirugía	Drenar foco	Desbridamiento	Tardía (si necrosis)

Todd J. Toxic Shock Syndrome. Pediatric Infectious Disease Textbook. Sarah Long 2004

Comparación de Síndromes de Shock Bacterianos en niños

Organismo	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Meningococo
Toxin	TSST-1, enterotoxin	Pyrogenic exotoxin	Endotoxin (LPS)
Asociación Epidemiología	Menstruación con uso de tapón	Varicela	Deficit complemento
Clinica			
Rash	Escarlatiniforme	Escarlatiniforme	Purpúrico
Lengua	"fresa"	"fresa"	Normal
Coagulopatía	Leve	Leve	Severa
Infección focal	Usualmente (abscesos y uso de tampón)	En muchos casos (celulitis, fasciitis necrozante)	Usualmente ausente
Tratamiento	Oxaciln+clindamici	Oxaciln+clindamic	Ceflosp 3era Gen
Cirugía	Drenar foco	Desbridamiento	Tardía (si necrosis)

Todd J. Toxic Shock Syndrome. Pediatric Infectious Disease Textbook. Sarah Long 2004



Fiebre y Petequias

Descartar infección bacteriana invasiva por encapsulados
(meningococo, neumococo, Hib)
Otros: virales, leptospirosis, rickettsias

Meningococemia:



Eritemato papular
transitoria

Observación
¿ Hma, PCR ?



Petequiales

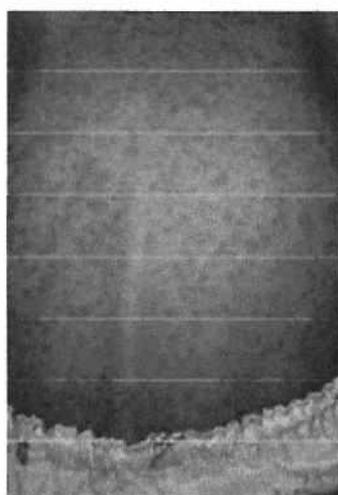


Purpúricas

Cuidados intensivos y tratamiento
antibiótico urgente

Imágenes: Google

Exantema por drogas



- Expuestos a drogas: 2%
- Maculopapular o Morbiliforme : 95%
- Difuso y simétrico
- No progresión céfalo-caudal
- Tronco y extremidades
- Prurito
- Eosinofilia grado variable
- Febrícula
- Presentación dentro de los 5 a 14 días post exposición (8 semanas)
- Resolución en 7 a 14 días con descamación fina

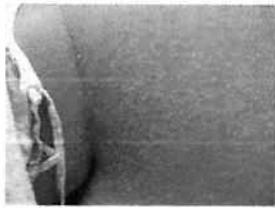
Suspender droga sospechosa



Signos tempranos de reacción severa

- Evolución a eritrodermia
- Fiebre > 38°C
- Edema Facial
- Mucositis
- Piel dolorosa
- Pústulas , ampollas o bulas

Transferencia a servicio de mayor nivel de atención



Pustulosis exantematosa generalizada aguda



Síndrome de DRESS



Síndrome Steven Johnson

Lactante menor con inicio brusco de fiebre, irritabilidad, hiporexia y al 3er día exantema



Fiebre Chikungunya

Síntomas comunes	Otros síntomas posibles	
Fiebre	Estomatitis	Fotofobia
Artralgia	Úlceras orales	Dolor retro orbitario
Poliartritis	Hiperpigmentación	Vómitos
Dolor de espalda	Mialgias	Diarrea
Cefalea	Dermatitis exfoliativa (niños)	Síndrome meníngeo
Erupciones cutáneas		



El rash aparece generalmente entre 2 a 5 días después del inicio de la fiebre en aproximadamente 50% de los pacientes. Es típicamente maculo - papular e incluye tronco y extremidades, aunque también puede afectar palmas, plantas y rostro.



Manifestaciones cutáneas en neonatos

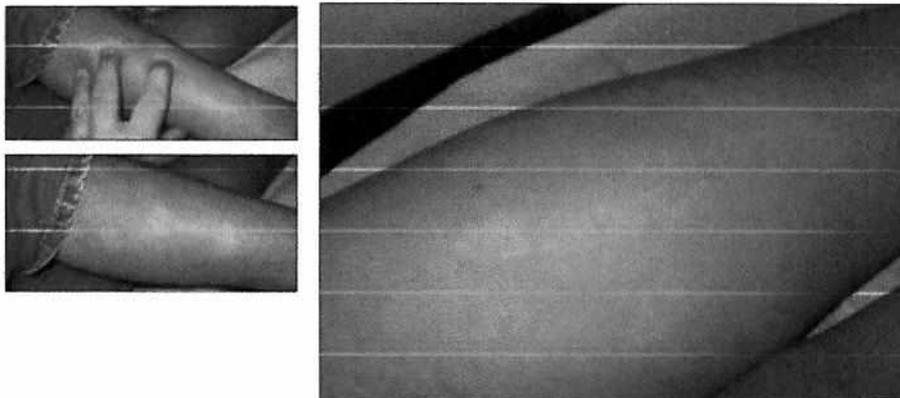


El rash también puede presentarse como un eritema difuso que palidece con la presión. En los niños pequeños, las lesiones vesiculobulosas son las manifestaciones cutáneas más comunes.

Fiebre Chikungunya

Hiperemia difusa

Duración promedio: 2 a 3 días (1-4)



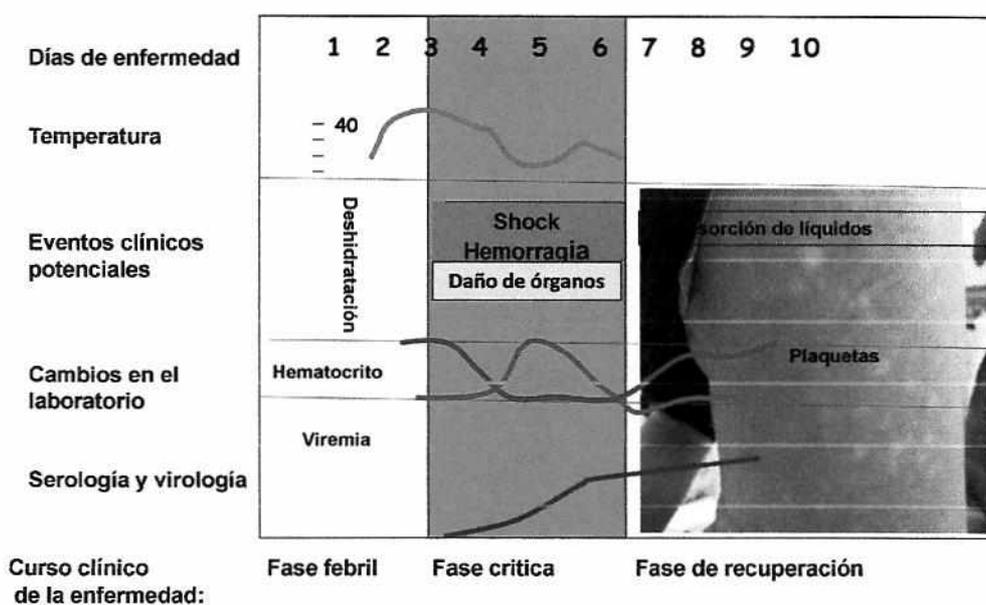
F. Simon, colección personal



Comparación Chikungunya vs Dengue

Características clínicas	F. Chikungunya	F. Dengue
Fiebre	+++	++
Mialgias	+	++
Artralgias	+++	+/-
Erupciones cutáneas	++ Temprano	+ Tardío
Discrasias hemorrágicas	+/-	++
Choque	-	+/-
Leucopenia	++	+++
Linfopenia	+++	++
Neutropenia	+	+++
Trombocitopenia	+	+++
Diagnostico		
< 5 días	RT-PCR	RT-PCR
>= 5 días	IgM Chikungunya	IgM Dengue

Fiebre por Dengue



ANEXOS N°9

GLOSARIO DE TÉRMINOS

BAC: Búsqueda Activa Comunitaria
BAI: Búsqueda Activa Institucional
BCG: Bacilo Calmette Guerin
CDC: Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (por sus siglas en ingles)
ECRR: Equipos de Comunicaciones de Respuesta Rápida
EFE: Enfermedad Febril Eruptiva
ERR: Equipos de Respuesta Rápida
ESAVI: Evento Supuestamente Atribuido a Vacunaciones e Inmunizaciones
IgG: Inmunoglobulina G
IgM: Inmunoglobulina M
INS: Instituto Nacional de Salud
ISIS: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integrado de Sarampión, Rubéola, Síndrome de Rubéola congénita y Poliomieltis de la OPS (por sus siglas en ingles)
ESSALUD: Seguro Social
MESS: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita de OPS/OMS
MICS: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados.
MINSA: Ministerio de Salud
MRC: Monitoreo Rápido de Cobertura
MRV: Monitoreo Rápido de Vacunación
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
RCIU: Retardo del Crecimiento Intrauterino
RNA: Ácido ribonucleico (por sus siglas en ingles)
RSI: Reglamento Sanitario Internacional
RT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa
SNS: Sistema Nacional de Salud
SPR: Sarampión, paperas, rubéola
SR: Sarampión/rubéola.
SRC: Síndrome de Rubéola Congénita
UDECOM: Unidad de Comunicaciones
UNIEC: Unidad de Investigaciones y Epidemiología de Campo
VECO: Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
VIGEP: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador

