

2. PLAN DE ERRADICACIÓN DEL SARAMPIÓN

Protocolo de vigilancia del Sarampión.

1. ENTRADA

1.1 Definición del evento a vigilar

Descripción: Enfermedad aguda de alta contagiosidad. Se caracteriza por pródromos de dos o tres días de duración consistentes en fiebre superior a 38°C, malestar general, tos seca, conjuntivitis y coriza (rasquiña nasal y moquiadera); dos a cuatro días después aparece brote máculopapular generalizado que se inicia detrás de las orejas y cara y alcanza su máxima intensidad en dos o tres días y se concentra principalmente en tronco y miembros superiores, acompañado en algunos casos por presencia de ganglios linfáticos palpables y manchas de Koplik.

Las complicaciones pueden ocurrir debido al propio virus del sarampión o a infecciones secundarias. Las más frecuentes son la otitis media, diarreas, neumonía, laringitis y laringotraqueo-bronquitis. Puede agravarse la malnutrición. La tasa de letalidad puede ser de 5 al 10%.

Agente: Virus del sarampión.

Modo de transmisión: Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas.

Reservorio: Las personas son el único reservorio.

Período de incubación: De 8 a 13 días, promedio 10 días entre el momento de la exposición hasta el inicio de la fiebre.

Período de transmisibilidad: La transmisión es mayor entre uno y tres días antes del inicio de la fiebre y disminuye tras el inicio de la erupción.

Distribución: En 1990 en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia se estableció el compromiso de lograr su eliminación; posteriormente en 1998 se declaró como enfermedad en vía de erradicación en América. Se presenta con mayor frecuencia en los menores de un año y adultos jóvenes. Los militares, trabajadores de la salud y población desplazada se consideran población de alto riesgo. Las condiciones de hacinamiento facilitan su aparición. La vacunación masiva, con coberturas superiores al 95% ha reducido significativamente su incidencia y ha espaciado la aparición de brotes. En áreas con coberturas de vacunación relativamente altas, hay periodos extensos de cinco o seis años en los que se presentan casos esporádicos, sin embargo cuando la cantidad de niños susceptibles aumenta lo suficiente como para sostener una epidemia se pueden presentar brotes explosivos.

1.2 Definiciones operativas

Clasificación inicial:

Caso sospechoso: paciente en el que cualquier trabajador de la salud sospeche sarampión y presente fiebre alta (superior a 38.5°C) y erupción máculopapular (manchas rojas grandes) acompañados de uno o varios de los siguientes signos o síntomas: tos, coriza, o conjuntivitis.

Caso confirmado: Caso sospechoso con uno o más de los siguientes criterios:

- **Por laboratorio:** prueba IgM indirecta y/o de captura positiva o paciente con aislamiento viral positivo.

- **Asociación epidemiológica:** Contacto en los 21 días previos al inicio de la erupción con un caso de sarampión confirmado por laboratorio.

Caso compatible: Todo caso sospechoso que no fue estudiado por laboratorio y se desconoce si estuvo en contacto con un caso confirmado. Su presencia es indicador importante de deficiencias en el sistema de vigilancia de la salud pública. Aunque se ignore el diagnóstico final, estos casos se consideran confirmados clínicamente.

Caso evitable: Caso confirmado en persona mayor de un año y menor de 22 años.

Caso importado: Caso confirmado en persona procedente de otro país donde circulaba el virus durante el posible período de exposición (7 a 18 días antes del inicio de la erupción).

Caso descartado: Caso sospechoso en el cual se obtiene evidencia por el laboratorio de otro diagnóstico o si el resultado de la IgM es negativa para sarampión.

1.3 Definición de objetivo, metas y estrategias

Objetivo

Erradicar la transmisión autóctona del sarampión en América y mantener la zona libre de circulación viral.

Metas

- Alcanzar una tasa de casos sospechosos de sarampión de menos de 5 por 100.000 personas.
- Alcanzar y mantener coberturas útiles de vacunación con SRP por encima del 95% en niñas y niños de un año de edad.
- Obtener oportunamente una muestra para aislamiento y detección de anticuerpos en el 100% de los casos sospechosos.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo de manera oportuna en el 100% de los casos sospechosos.
- Alcanzar un cumplimiento superior al 95% en la notificación semanal de la presencia o ausencia de casos sospechosos.

Estrategias

- Intensificación del programa regular de vacunación, a través de la eliminación de oportunidades perdidas, extensión de la canalización, campañas de vacunación y vacunación de bloqueo.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública en el ámbito local para la identificación de factores de riesgo, captación de susceptibles, seguimiento de enfermos agudos y convalecientes y aplicación oportuna de medidas de control.
- Educación y participación de la comunidad en las actividades del Plan de Erradicación del Sarampión.

1.4 Recursos disponibles y responsabilidades

- Decisión política internacional, nacional y departamental para erradicar el sarampión.
- Disponibilidad de vacuna triple viral-SRP, suministrada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Capacidad técnica sectorial para la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- Disponibilidad de los aplicativos computacionales “Sivigila” y “Paisoft”, suministrados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia para el manejo sistemático y automatizado de la información.
- Es responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud notificar la presencia o ausencia de casos sospechosos, brindar la atención individual al caso, garantizar la toma oportuna de muestras y evaluar la calidad de la atención.
- Es responsabilidad de las direcciones locales de salud, coordinar las acciones relacionadas con la vigilancia de la salud pública como el monitoreo de las coberturas de vacunación; notificar la ausencia o presencia del caso sospechoso hasta la dirección departamental; ante la presencia de casos ejercer el control comunitario (búsqueda de casos sospechosos adicionales y vacunación de bloqueo), y asesorar, evaluar y controlar el sistema de vigilancia de la salud pública local.
- Es responsabilidad de la dirección seccional de salud notificar la presencia o ausencia de casos al Ministerio de Salud, disponer de los medios diagnósticos y gerenciar a nivel departamental la vigilancia de la salud pública y el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Es responsabilidad del Ministerio de Salud suministrar la vacuna SRP y dirigir y controlar el sistema de vigilancia de la salud pública nacional.

1.5 Planeación y selección de datos

Fuentes de información:

- Comunidad
- Instituciones prestadoras de servicios de salud
- Laboratorios clínicos
- Agentes comunitarios de salud

Registros:

- Registro individual de prestación de servicios de salud - RIPS (consulta externa, urgencias, hospitalización)
- Ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso del Sivigila
- Certificados de defunción
- Carné de vacunación
- Historia de vacunación
- Historia clínica

1.6 Flujoograma

Notificación:

- De la institución prestadora de servicios de salud a la dirección local de salud:
 - Inmediata individual de todo caso sospechoso, con las variables básicas de identificación y antecedentes de vacunación establecidas en la ficha única del Sivigila.
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos sospechosos.
- De la dirección local a la dirección Seccional de salud:
 - Inmediata individual de todo caso sospechoso, con las variables básicas de identificación de la ficha única de notificación del Sivigila.
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos sospechosos.
- Del laboratorio de Salud Pública a la dirección local o seccional.
 - Inmediata e individual de todo caso sospechoso que se confirma.
 - Diaria individual de muestras recibidas para confirmación diagnóstica.
- De la dirección seccional al Ministerio de Salud:
 - Semanal individual de casos sospechosos a través del programa MESS
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos sospechosos.

2. PROCESO

2.1 Decisiones políticas

- Inclusión de las acciones del Plan de Erradicación en los planes de atención básica municipal y departamental.
- Concertar con el sector educativo la exigencia del certificado de vacunación para el ingreso a establecimientos educativos y preescolares.
- Concertar con el ICBF la exigencia del carné y la finalización de los esquemas de vacunación en los menores que asisten a los hogares comunitarios.

2.2 Definición de acciones técnicas

A nivel individual a partir del caso sospechoso:

Durante el primer contacto del enfermo con el organismo de salud, debe hacerse todo lo posible para obtener información básica, datos clínicos y muestras de laboratorio ya que podría ser el único contacto con el paciente.

- Notificación inmediata e individual.
- Diligenciamiento de ficha individual de caso del Sivigila.
- Elaboración de historia clínica completa
- Revisión de la historia de vacunación

- Definición de manejo ambulatorio u hospitalario. El manejo hospitalario está indicado para los casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de éstas. Requieren aislamiento respiratorio hasta 4 días después de iniciado el brote.
- No hay tratamiento específico. Se utilizan antipiréticos, hidratación oral, terapia nutricional e higiene de ojos y piel. La administración de vitamina A, reduce la gravedad de la enfermedad.
- Estudio por laboratorio.
 - Examen solicitado: detección de anticuerpos tipo IgM para virus del sarampión.

Tipo de muestra: De cinco a siete ml. de suero no hemolizado.

Toma de la muestra: en tubo seco estéril, sin anticoagulante. Obtenida en los 30 días siguientes al inicio de la erupción, en el primer contacto que tiene el paciente con un organismo de salud, independiente de las horas de ayuno.

Manejo de la muestra: Centrifugar para retirar coágulo y separar suero en otro tubo estéril. Mantener refrigerada a 4 °C durante el transporte y hasta su recepción en el laboratorio de referencia.

Entrega de resultado final: 10 días.

- **Examen solicitado:** aislamiento viral: Puede realizarse en orina o sangre total y no sustituye la muestra de suero para la detección de anticuerpos.

Orina:

Tipo de muestra: 50 a 100 ml de orina.

Toma de muestra: Se prefiere la primera orina de la mañana, se recolecta la parte media de la micción en recipiente estéril de boca ancha y de tapa rosca. La muestra debe tomarse tan pronto como sea posible después del inicio de la erupción, preferiblemente en los siete primeros días.

Manejo de la muestra: manténgala refrigerada a 4°C (no congelada) y envíela en las siguientes 24 horas en hielo húmedo, al laboratorio de referencia.

Sangre:

Tipo de muestra: 50 a 100 ml de sangre total.

Toma de muestra: Obtener la muestra dentro de los primeros siete días después del inicio de la erupción.

Manejo de la muestra: Recolectar la sangre en tubo con 0.1 ml de anticoagulante. Homogenizar, agitando suave y delicadamente. Almacenar y transportar a 4°C, remitir al laboratorio de referencia a más tardar en las siguientes 24 horas después de obtenida.

Las muestras deben enviarse al Laboratorio Departamental de Salud Pública con resumen de historia clínica (nombre completo, edad, fechas de aparición del brote, recolección de la muestra y última dosis de antisarampionosa).

A nivel comunitario a partir del caso sospechoso.

- **Investigación epidemiológica de campo y vacunación de bloqueo:**

Debe iniciarse en las primeras 48 horas después de su notificación para identificación de la fuente de infección, búsqueda activa de sintomáticos y convalecientes y vacunación de susceptibles.

La investigación no debe confundirse con una visita domiciliaria. Debe extenderse a los sitios de trabajo, estudio o guarderías a donde el caso sospechoso se a desplazado en los últimos 18 días. Incluye:

- **Búsqueda institucional:** las instituciones de salud tanto publicas como privadas deben hacer una revisión de los Registros Individuales de Atención- Ría de urgencias, consulta externa y hospitalización ocurridos en los últimos 30 días, para identificar los siguientes diagnósticos: sarampión, rubéola, roséola, exantema súbito, escarlatina y enfermedad febril eruptiva.

La historia clínica del paciente con alguno de los anteriores diagnósticos debe ser evaluada, para establecer si el paciente reúne los criterios de caso sospechoso de sarampión. El paciente que reúna los criterios de caso sospechoso debe ingresar y activar al sistema.

- **Búsqueda comunitaria:** Se realiza visita y entrevista casa a casa, instituciones educativas y concentraciones laborales por donde circulo el paciente las últimos 18 días para:
 - Censar y evaluar contactos del caso: obteniendo nombre, edad, estado (sano o enfermo) , si reúne los criterios de caso sospechoso, si se le toma muestra se suero y antecedentes de desplazamiento en los 7-18 días previos.
 - Identificar enfermos en fase aguda o convaleciente, con sintomatología similar a la del sarampión.
 - Tomar muestra para estudio serológico y aislamiento viral a los contactos sintomáticos.
 - Identificar la posible fuente de infección del caso.
- Monitoreo rápido de las coberturas de vacunación antisarampionosa en los menores de cinco años.
- En el barrio donde vive el paciente se elige una zona de difícil acceso a los servicios de vacunación.
- En esta zona, se selecciona una manzana, en la cual se visitan 25 viviendas siguiendo el sentido de las manecillas del reloj.
- En cada casa se pregunta por la existencia de niños entre 1 y 4 años de edad. De cada uno de los niños identificado en el censo se indaga el antecedente de vacunación antisarampionosa. En caso de no estar vacunado se le pregunta a la madre o padre el motivo por el cual no esta vacunado y se consigna la respuesta. Si en una casa no hay personas adultas que puedan presentar el carné de vacunación, se excluye esa casa del análisis.
- Realizado el censo, se calcula la cobertura de vacunación existente en las 25 viviendas, relacionando el numero de niños vacunados sobre el total de niños encontrados y multiplicando por 100. Esta proporción refleja la situación particular de vacunación en el barrio o la vereda y se convierte en importante herramienta para evaluar hasta donde debe extenderse la vacunación de bloqueo.

- Vacunación de bloqueo: vacunación casa a casa de susceptibles mayores de un año y menores de 22 años. (Se considera susceptible quien no esté vacunado o no pueda certificar su vacunación). No se aplican dosis adicionales. Se debe empezar a vacunar de inmediato, sin esperar los resultados del laboratorio.

Tanto en las zonas urbanas como rurales la vacunación de bloqueo debe convertirse en una oportunidad para alcanzar o mantener niveles útiles de vacunación. La búsqueda de susceptibles debe ampliarse a la mayor área posible dependiendo de los resultados del monitoreo rápido de las coberturas.

Si el enfermo es menor de un año se aplica vacuna SRP a lactantes entre 6 y 11 meses, se tiene en cuenta que esta dosis no corresponde al esquema y por lo tanto debe vacunarse al cumplir el año con SRP.

Si el caso es mayor de un año se debe aplicar a los susceptibles entre uno y 22 años una dosis de SRP. No se aplican refuerzos.

Si el enfermo es mayor de 22 años, se aplica una dosis de S.R.P. según disponibilidad, a todos los susceptibles hasta la edad en que se presentó el caso.

Las reacciones secundarias a la vacuna S.R.P. son escasas y generalmente leves. La aparición de trastornos neurológicos es de rara ocurrencia, de uno a cinco casos por diez millones de dosis aplicadas; en tanto que la panencefalitis esclerosante puede ocurrir entre cinco a diez pacientes por cada millón de casos de sarampión.

Del 5 al 15% de los vacunados, presentan hipertermia no superior a los 39.5°C que puede acompañarse de erupción, coriza, tos y manchas de Koplik entre 2 a 3 semanas de aplicado el biológico. Estos se convierten en casos sospechosos y deben ingresar al sistema y ser investigados.

Se ha notificado la aparición de parotiditis unilateral, generalmente 15 días después en el 1% de las personas que reciben la vacuna S.R.P.

Debe leerse la literatura de la vacuna disponible en el momento, para verificar si se pueden presentar problemas de alergia o anafilaxia al huevo, o si el virus de la vacuna es replicado en células humanas.

La pequeña cantidad de neomicina que posee la vacuna, generalmente es menor que la usada para las pruebas cutáneas de sensibilidad, por lo cual solo se espera reacciones locales (respuesta inmune retardada, mediada por células).

La vacuna antisarampión y la SRP, no deben ser aplicadas en personas con inmunodeficiencia congénita o adquirida, con inmunodeficiencia por neoplasia maligna o por tratamiento con inmunodepresores (corticoterapia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia) y en embarazadas. En personas Hiv positivas, debe evaluarse a nivel individual la necesidad o no de vacunarlas.

- Aplicación de gamaglobulina: indicada sólo para casos en que la vacuna está contraindicada. No está indicada su aplicación en embarazadas. La dosis a aplicar es de 0.25 a 0.5 cc. por kg hasta un máximo de 15 ml, se debe repartir la dosis para aplicar 5 cc en cada sitio, vía intramuscular o según indicaciones del fabricante.

2.3 Definición de mecanismos operativos

- Designación de un coordinador de vigilancia de la salud pública en cada dirección local de salud e institución prestadora de servicios de salud.
- Constitución y funcionamiento de los Comités de Vigilancia de la salud pública municipal e institucional.
- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la dirección seccional a la vigilancia de la salud pública realizada por las direcciones locales y las unidades de salud.
- Divulgación del Plan de Erradicación del sarampión a las instituciones del sector salud y del educativo.

- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y las asociaciones o sociedades científicas para la capacitación y divulgación de estas normas.

2.4 Clasificación final del caso:

La clasificación definitiva se debe efectuar en un plazo no mayor a cuatro semanas después de clasificado el caso como sospechoso. En casos con anticuerpos tipo IgM positivos debe efectuarse un análisis clínico y epidemiológico a nivel local y departamental. Ver definiciones operativas numeral 1.2.

3. PRODUCTO

3.1 Evaluación de impacto

- Proporción de incidencia general y específica por edad por departamento y municipio.
- Proporción de mortalidad por sarampión en población general, y en menores de cinco años y menores de 15 años.
- Índice de letalidad.
- Mapas de riesgo por municipio, barrio o sector según coberturas de vacunación en niños de un año, clasificando como de alto riesgo, las zonas con coberturas inferiores al 95%.
- Mapeo geográfico de casos confirmados y sospechosos.
- Tendencia de la incidencia en menores de un 15 años, correlacionada con la cobertura de vacunación.
- Porcentaje de casos hospitalizados
- Frecuencia de complicaciones según tipo y por grupo de edad.

3.2. Evaluación del funcionamiento del sistema

- Distribución de los casos según criterio de confirmación
- Tasa de ataque en vacunados y no vacunados.
- Porcentaje de casos evitables (casos en mayores de un año y menores de 22 años).
- Porcentaje de casos sospechosos investigados en relación con los notificados.
- Porcentaje de casos sospechosos confirmados por laboratorio.
- Porcentaje de casos cuya fuente de infección fue identificada.
- Promedio de contactos examinados por cada caso de sarampión investigado.
- Promedio de contactos sintomáticos o convalecientes por cada caso investigado.
- Porcentaje de casos sospechosos captados por búsqueda activa.

- Tasa de ataque secundario.
- Porcentaje de casos clasificados como compatibles.

Para la vacunación de bloqueo:

- Porcentaje encontrado en el monitoreo rápido de las coberturas de vacunación
- Número de viviendas visitadas
- Porcentaje de cumplimiento de vacunación con base en la población susceptible.
- Incremento de la cobertura vacunal a consecuencia de la vacunación de bloqueo en el área y el municipio.

Indicadores para monitorear la certificación de la erradicación.

- Porcentaje de cumplimiento de la notificación semanal de casos sospechosos de sarampión, (lo ideal es que este sea el 100% en cada período)
- Porcentaje de casos con muestras de suero adecuadas para la detección de anticuerpos (mínimo el 100%)
- Porcentaje de muestras de suero que llegan al laboratorio departamental en los cinco primeros días después de su toma (mínimo el 80%)
- Porcentaje de casos sospechosos con investigación epidemiológica adecuada, realizada en las primeras 48 horas de su captación (mínimo el 80%)
- Porcentaje de casos sospechosos con información clínica - epidemiológica completa, incluye: nombre, municipio de residencia, edad, fecha inicio de erupción, fecha de consulta, fecha de toma de muestras de laboratorio, fecha de la ultima dosis de antisarampionosa y fecha de inicio de la investigación epidemiológica de campo.