



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

DIVISIÓN DE RECTORIA Y REGULACIÓN SANITARIA  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA  
Dra.OFF/Psic.CGW/Dra.AON/E.U.VSP/Dra.BMD

Nº73

**ORD. 15 AD/853/**

**MAT: REFUERZO DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE SÍNDROME  
RESPIRATORIO AGUDO GRAVE (SARS)  
ACTUALIZACIÓN DE DEFINICIÓN DE CASO.**

10 de Febrero de 2004

**DE: SUBSECRETARIO DE SALUD**

**A: DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD, EXCEPTO SESMA (28)**

#### **Antecedentes**

El Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, por nomenclatura internacional) es una enfermedad infecciosa emergente, reconocida en febrero de 2003 en Hanoi, Vietnam, cuyos primeros casos se remontan a noviembre de 2002 en Guandong, China.

Desde esa fecha y hasta el 5 de julio de 2003, cuando se certificó la ruptura de la última cadena de transmisión, en Taiwán, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió 8.422 notificaciones de casos probables de SARS, correspondientes a 29 países. La etiología de esta nueva enfermedad fue identificada un mes después del conocimiento de la epidemia: se trataba de un nuevo coronavirus (posteriormente llamado SARS-CoV), no cercano a los que se conocían a la fecha.

El mecanismo de transmisión identificado fue el contacto cercano persona a persona con un caso sintomático, mediante el contacto de mucosas con gotitas respiratorias o fomites contaminados (la transmisión por otras vías aun es indeterminada). La mayoría de los casos de SARS ocurrieron en contactos domiciliarios o trabajadores de salud que atendieron los casos, documentándose transmisión por contacto casual o social sólo en algunas ocasiones, en las que se mantuvo una intensa exposición al caso de SARS. El período de máxima eficiencia de transmisión fue la segunda semana desde la instalación de los síntomas, evidenciándose transmisión sólo desde casos sintomáticos. El período de incubación reportado varió entre 2 a 14 días, con un promedio de 5 días. La tasa de letalidad global fue estimada en 15 %, con un rango de 0 a 50% dependiendo del grupo de edad. Los trabajadores de la salud fueron los más afectados (21% de los casos, rango de 3 a 43% en los distintos países). Otros factores de riesgo identificados fueron el sexo masculino, edad avanzada y presencia de co-morbilidad.

Luego del cese del brote, los organismos internacionales (en especial la OMS), han mantenido la vigilancia de la enfermedad, revisando las directrices para el manejo del SARS en el período post-epidémico, en base al conocimiento adquirido durante el brote. En ese sentido, OMS ha recomendado a los Estados Miembros definir su vigilancia en el período post epidémico en función de su nivel de riesgo de resurgimiento del virus. Así, se han determinado tres categorías de países:

- Potenciales zonas de reemergencia del SARS: Fuentes del brote de 2002 o áreas con mayor probabilidad de transmisión animal-humana de la infección por SARS-CoV.
- Áreas nodales: Con importante transmisión local durante el brote, o entrada importante de personas desde las zonas de potencial re-emergencia .
- Áreas de bajo riesgo: Que no reportaron casos, o muy pocos, o con transmisión local muy limitada.

El 17 de diciembre de 2003 se reportó un nuevo caso confirmado de SARS en Taiwán: se trataba de un investigador que adquirió la infección en el laboratorio. Posteriormente, se han reportado 3 casos más, 2 de ellos confirmados, sin evidencias de transmisión a contactos; no se ha podido determinar la fuente de infección, investigándose un posible contagio desde animales. Llama la atención que esos casos se han presentado con un cuadro clínico más leve que los observado durante 2002 y 2003, por lo que se ha planteado la hipótesis de una variante del virus menos agresiva.

Esta situación ha impulsado el reforzamiento del alerta y preparación para detectar y responder a un eventual resurgimiento del brote.

En dicho contexto internacional, el presente documento tiene por objeto **reactivar y reforzar la vigilancia de esta enfermedad. Se reitera la vigencia de la Circular 15 AD/34 del 13/06/2003 sobre Vigilancia Epidemiológica de SARS, incorporando las nuevas definiciones.**

## MANEJO DE CASO DE SARS

1. En la situación actual, postepidémica, debe sospecharse SARS en las personas con los siguientes antecedentes epidemiológicos en los últimos 10 días antes de la aparición de los síntomas:
  - Historia reciente de viaje o residencia en una de las áreas clasificadas, por OMS, como zona de alto riesgo de surgimiento de SARS o contacto cercano con personas enfermas con dicho antecedente.
  - Ocupación con mayor riesgo de exposición al virus (trabajadores de salud, turismo).
  - Si forma parte de un cluster de neumonía sin causa conocida en trabajadores de la salud.

En una situación de transmisión persona a persona documentada, habría que considerar además, el antecedente de contacto cercano con un caso de SARS.

2. **Definición de caso:** Se modifica en base a la definición actualizada de la OMS, en función de la situación epidemiológica post-brote:

<b>Caso sospechoso de SARS:</b>
Persona que presenta un cuadro compatible: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre alta (mayor de 38°C) Y</li> <li>• Uno o más síntomas de enfermedad respiratoria baja. Y</li> <li>• Radiografía de tórax compatible con neumonía o distress respiratorio ó hallazgos de autopsias compatibles con neumonía o distres respiratorio sin una causa identificable. Y</li> </ul>

- Sin diagnósticos alternativos que puedan explicar la enfermedad.

#### **Caso Confirmado:**

Persona con cuadro clínico sugerente de SARS, con resultados positivos para Coronavirus de SARS, basado en uno o más de los siguientes criterios:

- PCR (+) para SARS-CoV, usando un método validado, en al menos dos diferentes muestras clínicas o el mismo tipo de muestra recolectada en dos ocasiones diferentes o dos ensayos diferentes de PCR usando distintas fracciones de la misma muestra.
- Seroconversión por ELISA o IFA: Anticuerpos (-) en la fase aguda y (+) en la fase convaleciente, o aumento de títulos de anticuerpos en 4 veces entre una fase y otra.
- Aislamiento de SARS Co-V en cultivo celular de cualquier tipo de muestra, confirmado por PCR.

Estos hallazgos deben ser confirmados por la Red Internacional de Laboratorios de SARS

La OMS, además, ha introducido el concepto operacional de **Alerta de SARS**, con el objeto de activar una rápida respuesta ante una eventual reemergencia de la epidemia. Esta se define como:

Dos o más trabajadores de salud del mismo establecimiento con cuadros compatibles con la definición clínica de SARS e instalación de la enfermedad en un mismo período de 10 días.

### **3. Notificación**

Todos los casos sospechosos de SARS deben ser notificados, por la vía más expedita, en forma inmediata a Epidemiología del Servicio de Salud respectivo y al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (Fono 6300891, FAX 6300505). Se utilizará el ad-hoc.

Todo caso sospechoso debe ser derivado al hospital de referencia definido para SARS en su territorio, con el objeto de evaluar si cumple con la definición clínica. Si fuese así, se indica hospitalización y manejo de acuerdo a la Circular de Manejo Clínico del SARS (15 AD/31 del 04/06/2003). Se aplicarán las medidas de precauciones estándar, precauciones con fomites y precauciones de la vía aérea, de acuerdo a las recomendaciones sobre pacientes ambulatorios descritos en la Circular de Manejo Clínico del SARS.

## **MANEJO DE CONTACTOS**

### **1. Definición de Contacto**

**Contacto estrecho o cercano** persona que ha cuidado, vivido, o tenido contacto directo con las secreciones respiratorias y fluidos corporales de un paciente con SARS. En ellos también están incluidos el personal de salud .

Nota: En la reciente epidemia hubo transmisión a contactos casuales o sociales en situaciones de una intensa exposición a un caso (lugar de trabajo, aviones, taxis) o en lugares de alto riesgo (hospitales , hogar del caso).

## 2. Recomendaciones Generales

Todos los contactos cercanos de un caso sospechoso de SARS (y, según las circunstancias, contactos ocasionales), deberán ingresar a vigilancia activa por 10 días (definiéndose como día 1 la fecha de inicio de síntomas del caso), para monitorear la aparición de síntomas y signos sugerentes de SARS.

Esta vigilancia se inicia con la notificación del caso, identificando en la Ficha de Notificación (Anexo 1) a los posibles contactos de la persona enferma. Para ello, se obtendrá información sobre la dirección y el teléfono de todos los contactos y se entregará información sobre la enfermedad y sus riesgos. Además, se les proporcionará el teléfono para contactarse con Epidemiología del Servicio de Salud correspondiente.

- Si el contacto está **asintomático** se realizarán las siguientes acciones:
  - Se solicitará a las personas la **toma diaria de temperatura** y su registro.
  - Se mantendrá contacto telefónico diario para consultar por la aparición de fiebre u otros síntomas.
  - Los contactos podrán mantener sus actividades habituales, sin restricciones.
- Si el contacto presenta **fiebre o síntomas respiratorios** (que no cumplen con los criterios de caso sospechoso de SARS):
  - Deberá ser evaluado clínicamente y radiológicamente en el hospital de Referencia de SARS y
  - Permanecer en **reposo obligatorio en su domicilio**, por un período de 10 días, con supervisión de su cumplimiento por parte del epidemiólogo
  - Se solicitará a las personas la toma diaria de temperatura y su registro. El epidemiólogo mantendrá contacto telefónico diario o por visita.
  - Para la atención de cualquier problema de salud que presente la persona en observación, deberá ser enviado para evaluación al centro asistencial definido para el manejo de SARS.
  - Las personas seguirán las siguientes indicaciones:
    - no salir de la casa mientras estén en observación
    - evitar contacto estrecho con sus familiares
    - no recibir visitas
    - separar utensilios para la comida y aseo personal
    - dormir en habitación exclusiva
    - mantener medidas de higiene personal
    - evitar el hacinamiento
    - ventilar las habitaciones
- Si el contacto presenta sintomatología sugerente de SARS, deberá ser derivado al Hospital de referencia para SARS para su evaluación, con las precauciones ya descritas.

## 3. Seguimiento de contactos comunitarios o viajeros de aeronaves o embarcaciones procedentes de zonas de alto riesgo.

En caso de activarse una alerta de SARS:

- A los viajeros que vienen de las áreas afectadas o de mayor riesgo, o en el mismo vuelo que un caso de SARS, se les solicitará sus datos personales y lugar de permanencia durante los próximos 14 días, a fin de contactarlo en caso necesario.
- Si los viajeros presentan **fiebre o síntomas respiratorios** (pero que no cumplan con los criterios de caso SARS), deberán ser evaluados clínicamente en el hospital de Referencia de SARS. Se indicará permanecer en **reposo obligatorio en su domicilio por 10 días**. Si los síntomas no progresan o se realiza otro diagnóstico, se discontinuará el reposo. En el caso que los síntomas sean sugerentes de SARS, será derivado al hospital de Referencia de SARS para su hospitalización.

- Las medidas para los pasajeros provenientes de embarcaciones marítimas se llevarán a cabo de acuerdo a la Circular del Ministerio de Salud, N° 15AD/ 27 del 16 de mayo de 2003.

#### **4. Personal de Salud**

Los miembros del equipo de salud que atienden pacientes con sospecha de SARS están en riesgo de contraer la enfermedad debido al contacto estrecho y cercano con pacientes, particularmente si no se han aplicado las medidas de prevención y control para evitar este riesgo.

La OMS recomienda a los países con bajo riesgo de reintroducción, como es el caso de Chile, poner especial atención a la vigilancia de clusters de neumonía inexplicada en trabajadores de la salud. En caso de "alerta de SARS", los individuos que se considere expuestos a mayor riesgo deberán ser manejados como contactos de SARS.

Se recomienda que el equipo de salud utilice elementos de protección destinados al cumplimiento de precauciones estándar, precauciones con fomites y precauciones de la vía aérea, de acuerdo a la Circular de Manejo Clínico del SARS.

Los trabajadores de la salud deberán reportar todas las exposiciones desprotegidas en forma inmediata al encargado de Infecciones Intrahospitalarias y el Departamento de Prevención de Riesgos (o su similar), quien deberá mantener un registro de todos los trabajadores expuestos.

Finalmente, se reitera la necesidad de que la red de epidemiología esté alerta, con posibilidad de ser contactada las 24 horas del día. Teléfono de contacto del Departamento de Epidemiología 6300891, fax 6300505, o al celular 09- 3273432.

Solicito a usted dar amplia difusión a este documento.

Saluda atentamente a usted,

**DR. CLAUDIO FARAH MEZA  
SUBSECRETARIO (S) DE SALUD**

Distribución:

- Secretarios Regionales Ministeriales de Salud (13)
- Directores Servicio de Salud, excepto SESMA (28)
- Unidades de Epidemiología S.S, excepto SESMA (28)
- Sr. Subsecretario de Salud
- Div. de Rectoría y Regulación Sanitaria

- Div. Planificación y Presupuesto
- Div. Gestión de Redes
- Dpto. de Epidemiología
- Unidad de Infecciones Intrahospitalarias
- Hospital del Tórax
- Oficina de Partes