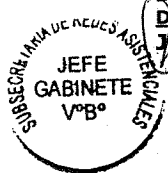




Subsecretaría de Salud Pública
División Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología
JVO/ABG/CKR/VSP/DGU



Ord. B 51 N° / 1651 /

Ant.: Circular B51Nº/27 del 23/07/2010.

Mat.: Refuerza vigilancia integrada sarampión – rubéola y prevención en viajeros (grupos de riesgo) por Alerta OPS brotes sarampión Europa.

Santiago, 16 MAY 2017

De : Subsecretaría de Redes Asistenciales
Subsecretario de Salud Pública

A : Directores Servicios de Salud del país
Secretarios Regionales Ministeriales de Salud

Como es de su conocimiento, el continente americano fue certificado como libre de transmisión autóctona de rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) el 2015 y de sarampión el 2016. El 4 de mayo de 2017, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) envió una alerta por la situación de brotes de sarampión en Europa, como amenaza para los países americanos.

Si bien las otras regiones del mundo, tienen establecidas sus metas de eliminación en el mediano plazo; desde el 2016 a la fecha (mayo 2017), un total de 7,847 casos de sarampión fueron notificados por 37 países de Europa. La mayoría de los casos son de Rumania (2.432 casos y 22 fallecidos) e Italia (1.549 casos); otros países son: Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Francia, Hungría, Islandia, Portugal, Eslovaquia, España y Suecia; algunos casos vinculados al brote de Rumania¹. Respecto a los genotipos de virus del sarampión identificados son D8 (identificado en 669 casos), B3 (323 casos), H1 (28 casos) y D4 (2 casos).

Por otra parte, países de otros continentes: China, Etiopía, India, Indonesia, Laos, Mongolia, Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudan, Vietnam, Tailandia, entre otros, también notificaron brotes de sarampión entre 2016 y 2017.

Los logros alcanzados en América y las amenazas actuales constituyen un importante desafío para mantener la sostenibilidad de la eliminación. Estados Unidos y Canadá, permanentemente continúan detectando casos importados y algunos de ellos les generan brote, como el de California (desde fines de 2016). En Sudamérica, nuestro país el 2015 se vio afectado por un brote con 9 casos asociados a importación y, recientemente, Argentina ha confirmado dos casos asociados a importación (al 4 de mayo de 2017).

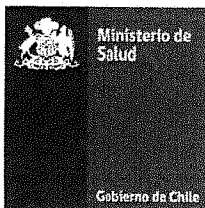
¹ Fuente: Reporte de eventos semana epidemiológica 17, CNE.

Considerando que los virus del sarampión y la rubéola aún circulan en otros continentes, y la llegada de los viajeros internacionales a las Américas se incrementó en un 4% en el 2016, principalmente en Sudamérica; es fundamental continuar con los esfuerzos para sostener estos logros en materia de eliminación. La principal medida para evitar la introducción y diseminación de estos virus es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia de alta calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente estas importaciones.

Es por ello que mantener vigilancias activas de enfermedades en eliminación es un reto. La vigilancia integrada para sarampión –rubéola tiene como meta lograr una tasa de notificación de 2 casos por cien mil hab, sin embargo, el 2016 sólo alcanzó una tasa de 1,2 casos por cien mil hab. y, en el primer trimestre de 2017, no supera el 0,3 por cien mil hab. (BET, Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/BET_SARAMPION_RUEOLA_ABRIL_2017.pdf)

Es por ello que frente a las amenazas actuales se solicita a las SEREMI y Servicios de Salud, reforzar a la red asistencial pública y privada en las siguientes acciones:

1. Frente a la detección de un caso sospechoso de sarampión-rubéola: **personas de cualquier edad que presente exantema macular y uno o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre > 38°C, conjuntivitis, artralgia o linfadenopatías;** notificar de inmediato a la SEREMI de Salud respectiva, vigilancia regulada según Circular B51/Nº27 del 23/07/2010.
 2. Tomar muestra de sangre (suero) y respiratoria a todos los casos sospechosos notificados y enviarlos a ISP en conjunto con el formulario de envío de muestras disponible en:
http://www.ispch.cl/sites/default/files/formulario_04_sarampion_rubeola_0.pdf
- En el caso de que el establecimiento cuente con un perfil en la plataforma on line del ISP para envío de muestras y descarga de resultados, puede ingresar al sistema y completar los datos del paciente en este formulario y enviar la muestra junto una copia impresa del mismo, disponible en <http://www.ispch.cl/servicios-en-linea>
3. Aplicar la vacuna como quimioprofilaxis en los contactos de casos sospechosos, sin esperar resultado de laboratorio. Revisar el esquema de vacunación en los niños mayores de un año.
 4. Reiterar a las Unidades Notificadoras establecidas por la Autoridad Sanitaria Regional, que deben notificar semanalmente la presencia o ausencia de casos sospechosos de sarampión-rubéola (estrategia conjunto con PFA).
 5. Aplicar vacunación en viajeros de mayor riesgo contra sarampión-rubeola y parotiditis (SRP):
 - Aquellos nacidos entre 1971 y 1981 y que no tenga antecedentes de haber recibido 2 dosis de la vacuna después de los 12 meses de edad.
 - Los niños entre 6 y 12 meses de edad que viajen, deben ser vacunados 1 vez con la vacuna SRP por lo menos 2 semanas antes del viaje. Luego de eso, deben revacunarse con 2 dosis más de la vacuna a las edades establecidas por el PNI.
 - Niñas y niños de 1 a 6 años que tiene 1 dosis administrada y viajan a zonas de riesgo.



Según lo informado por PNI, se dispone de vacuna sin costo en establecimientos de salud públicos y privados en convenio y en vacunatorios internacionales. En los grupos definidos como viajeros susceptibles, para su administración se requiere orden médica o que exhiban el pasaje como prueba del viaje. Lo anterior está establecido en el Ord. B27/N°1625 "Actualización de vacunación de viajeros a zonas de riesgo con Vacuna Tres vírica".

6. Como preparación para el enfrentamiento de brotes asociados a importación de *sarampión o rubéola*, los equipos de epidemiología e inmunizaciones deben revisar los resultados de la Matriz de Riesgo a nivel comunal y regional, evaluando las mejores estrategias para mejorar las zonas de alto riesgo (acceso directo a los gráficos y tablas interactivos disponibles en: <http://epi.minsal.cl/matriz-riesgo/#/>)

Solicito a usted, dar la mayor difusión a este documento y velar para que estas medidas se lleven a cabo. Saluda atentamente a usted,



[Signature]
Dra. Gisela Alarcón Rojas
Subsecretaría de Redes Asistenciales



[Signature]
Dr. Jaime Burrows Oyarzún
Subsecretario de Salud Pública

Distribución

- - Secretarios Regionales Ministeriales
 - Directores Servicios de Salud
 - Encargados Atención Primaria SS
 - Epidemiólogos SEREMI de Salud (15)
 - Encargados de Programa Inmunizaciones SEREMI de Salud (15)
 - Director Instituto de Salud Pública
 - Subdepartamento de Enfermedades Virales (ISP)
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales
 - Subsecretaría de Salud Pública
 - División Prevención y Control de Enfermedades
 - Departamento de Inmunizaciones. DIPRECE.
 - División Planificación Sanitaria
- Depto. Epidemiología

