



Nombre de alumnos: Oded Yazmin sanchez alcazar

Nombre del profesor: Dr. Cecilio Culebro

Nombre del trabajo: Vigilancia epidemiológica brote sarampión

Materia: Epidemiología II

Grado:3

Grupo: A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas



Vigilancia epidemiológica brote sarampión

Según la OMS el sarampión es una enfermedad viral exantemática causada por el virus del Sarampión, del género Morbillivirus.

La infección del sarampión es siempre clínica, es decir, no existen infecciones asintomáticas. Se inicia con un periodo prodrómico, con síntomas y signos catarrales (coriza, tos, estornudos) asociados a una conjuntivitis no purulenta y una elevación progresiva de la temperatura.

Tras 3-4 días se inicia el periodo de estado o eruptivo, en el que aparece la erupción maculopapular característica de esta enfermedad, primero tras la orejas y extendiéndose a continuación por cara, cuello, tronco y extremidades. La erupción regresa a los 3 días, dejando en la piel una coloración parduzca transitoria. Durante este periodo se intensifica el malestar general. Esta fase se continúa con el periodo de declinación, que se prolonga unos 6 días, hasta desaparición total de los síntomas.

El sarampión se transmite de persona a persona por diseminación de gotitas a través del aire. El periodo de incubación son 10 días desde la exposición hasta el comienzo de la fiebre y 14 días hasta el inicio de la erupción. No hay tratamiento específico, pero puede prevenirse con la vacunación oportuna de la población susceptible.

Las complicaciones más frecuentes son: otitis media, laringitis, bronquitis, neumonías y diarreas agudas. Otras menos comunes son las úlceras corneales y la ceguera y la rara pan-encefalitis esclerosante subaguda, una secuela tardía que se da en aproximadamente 1 de cada 100.000 casos y que se debe a la infección latente en el cerebro. La infección se reactiva a los 2-10 años de la primoinfección, provoca este cuadro neurológico grave cuyo resultado es siempre mortal.

El diagnóstico se basa en datos clínicos y epidemiológicos, pero se debe confirmar por técnicas de laboratorio. Puede confirmarse por la presencia de IgM específica, o por el aumento significativo de las concentraciones de anticuerpos

comparando entre los sueros obtenidos en la fase aguda y en la convalecencia. Otras técnicas menos utilizadas incluyen la identificación del antígeno o el aislamiento del virus en cultivo celular de muestras de sangre, orina, conjuntiva, o nasofaringe, obtenidas antes de pasado el 3^o día tras la erupción.

El reservorio de los virus es exclusivamente humano, constituido por individuos enfermos. No hay casos de infecciones inaparentes ni existen portadores sanos.

La transmisión es por contacto directo, de persona a persona, mediante secreciones expelidas desde las vías respiratorias altas de un enfermo que penetran por la nasofaringe de un individuo susceptible, y, probablemente, por la conjuntiva. La tos y la coriza del periodo catarral inicial facilitan la diseminación viral. La transmisión indirecta de este virus no es eficaz, debido a la labilidad de este agente infeccioso.

El periodo de incubación es habitualmente de unos 10-11 días desde la exposición hasta el inicio de los pródromos. A veces se prolonga hasta los 18 días e incluso más en adultos. El periodo de transmisibilidad se extiende desde unos 5 días antes del inicio del periodo catarral y se prolonga hasta 4-5 días después de la aparición de la erupción.

Su transmisibilidad es muy elevada, especialmente durante el periodo preeruptivo, antes del diagnóstico. La tasa de ataque secundaria en contactos estrechos no vacunados es cercana al 100%. En cuanto al riesgo de los viajeros en particular no debe olvidarse que la enfermedad continúa existiendo en muchos lugares del mundo y aquellos que no han sido vacunados (o no hayan pasado la enfermedad) corren el riesgo de contraerla y también de transmitirla a familiares y otros contactos si éstos no están vacunados por cualquier razón. Debido a este riesgo, todos los viajeros deben estar correctamente inmunizados independientemente de a dónde viajen. El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas y los viajeros pueden exponerse al riesgo incluso en los aviones o en los aeropuertos.

La susceptibilidad a la infección es universal, lográndose resistencia tras la infección clínica o la vacunación. La excepción son los niños menores de 6

meses de edad que generalmente se encuentran protegidos de la enfermedad por anticuerpos de origen materno, adquiridos transplacentariamente durante la gestación.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Para lograr el objetivo de la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad Febril Exantemática, se han establecido definiciones operacionales, siendo las siguientes:

CASO SOSPECHOSO: Toda persona de cualquier edad, con fiebre y exantema

CASO PROBABLE: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre, exantema maculopapular, sin importar la duración del mismo, y uno mas de los siguientes síntomas: tos, coriza y/o conjuntivitis

CASO CONFIRMADO: Todo caso probable que se demuestre infección reciente mediante técnicas de laboratorio, o caso probable que no cuente con muestra o resultado de laboratorio y que esté asociado epidemiológicamente con un caso confirmado.

CASO DESCARTADO: Caso probable en que se descarte infección reciente mediante técnicas de laboratorio. Caso probable en el cual se descarte mediante estudios de laboratorio una causa diferente a sarampión o rubeola. Caso probable con muestras adecuadas negativas. Caso probable donde las evidencias clínicas o epidemiológicas no sean compatibles con sarampión o rubeola.

CASO SOSPECHOSO (caso clínicamente compatible): persona que cumple los criterios clínicos en el que no ha sido posible recoger muestras para su confirmación serológica y que no ha estado en contacto con un caso confirmado por laboratorio.

CASO VACUNAL: aquellos casos con antecedentes de vacunación en las 6 semanas previas al inicio del exantema, con IgM positiva y detección del

genotipo vacunal. Los casos en los que no se haya detectado el genotipo vacunal, si aparecen en el contexto de un brote o han viajado a zonas en las que se están detectando casos, quedarán

CLASIFICADOS COMO CONFIRMADOS POR LABORATORIO.

CASO IMPORTADO: caso confirmado de sarampión cuyo exantema se inicia en un período ≤ 18 días de su llegada de otro país, asegurándose que no está vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono. Con el mismo criterio puede definirse caso extracomunitario.

CASO RELACIONADO CON UN CASO IMPORTADO: caso que forma parte de la primera cadena de transmisión originada por un caso importado.

DEFINICIÓN DE BROTE: En fase de eliminación la aparición de un caso sospechoso de sarampión, a efectos de investigación e intervención, se considerará brote. A efectos de notificación se considerará brote la aparición de dos o más casos.

Se presenta mujer de 23 años originaria de Socoltenango del Estado de Chiapas, manifestaba un cuadro de diez días de evolución, inicialmente con fiebre de 39 °C y tos no productiva, Cuatro días antes de su ingreso tenía rinorrea hialina y posteriormente purulenta, tos productiva y fiebre también cuantificada en 39 °C; luego de dos días apareció un exantema maculopapular en la región sacra, que se extendió a la cabeza, la cara y el tronco, y después a las extremidades. 36 horas después se presentó con astenia, adinamia, fiebre sostenida de 38 °C,

Durante la exploración física mostró signos vitales estables, muy irritable, mucosas hidratadas, eritema conjuntival bilateral sin secreción purulenta, narinas con rinorrea amarillenta, cavidad bucal sin enantema, faringe hiperémica sin exudado, los resultados de laboratorio: hemoglobina 10.7, hematocrito 32.1%, leucocitos 6 950, neutrófilos 2 380, linfocitos 3 110, plaquetas 207 000, calcio 9.7, cloro 109, potasio 4.7, sodio 141 creatinina 0.05, glucosa 85 mg, bun12 urea 26; la radiografía de tórax mostró

El día 24 de julio de 2019 se solicitó interconsulta en el área de Epidemiología, en donde en el interrogatorio indirecto se encontró sin antecedente de vacuna contra rubéola-sarampión no se reportaron viajes, sólo se mencionó la visita de la abuela en los meses de mayo y junio. Se estableció como fecha de inicio del exantema el día 7 de julio de 2019 y con un probable periodo de infección del 26 de junio.

Vigilancia epidemiológica de brote de sarampión

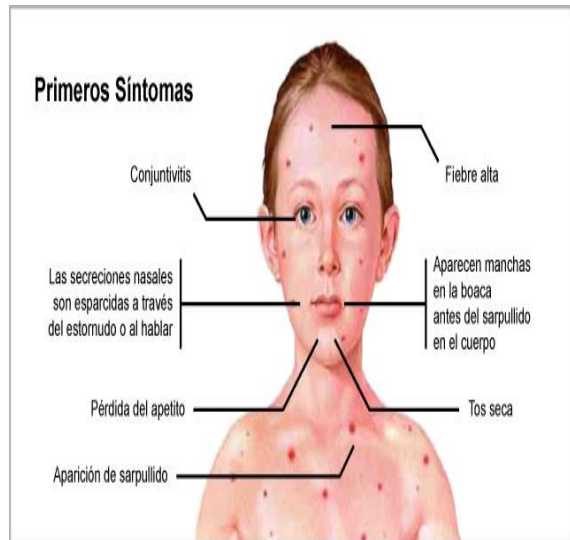
- Procederemos al aislamiento del paciente.
- El aislamiento respiratorio debe ser estricto
- En caso de internación el paciente, preferentemente, debe ser ubicado en habitación individual.
- En pacientes ambulatorios, indicar aislamiento hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. Se aislará totalmente al paciente de los contactos susceptibles sin límite de edad. No deben asistir a la escuela o al trabajo, evitando la deambulacion innecesaria fuera del

hogar. Evitar la circulación en transportes públicos y toda circulación innecesaria entre los diversos efectores de salud.

- En caso de contar con el diagnóstico confirmado de sarampión, solo será necesario mantener el aislamiento hasta el 4° día desde la aparición del exantema.
- Notificar. Todo caso sospechoso es un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15465 y debe ser notificado inmediatamente al referente regional de epidemiología. Además, quienes tengan usuario habilitado, deben notificar en forma inmediata y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
- Iniciar el llenado de la Ficha epidemiológica específica (FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA, y enviarla con la muestra de laboratorio. Los campos deben estar completos. De fundamental interés es consignar el domicilio actualizado, un teléfono de contacto. y la fecha de inicio del exantema.
- Indicar la toma de muestras específicas para el diagnóstico etiológico: Tomar siempre muestra de sangre para realizar serología; además, tomar muestra para detección viral: hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta los 7 días posteriores a la aparición del exantema y orina hasta los 14 días posteriores a la aparición de exantema. Conservarlas refrigeradas hasta su derivación al laboratorio de referencia de la Ciudad, que debe realizarse dentro de las 48hs. posteriores a la toma.
- Un resultado negativo dentro de los 5 días del inicio del exantema no descarta la enfermedad, por lo que deberá repetirse la serología (segunda muestra) a partir del día 6. Desde el laboratorio central de referencia se realizará IgM antiRubéola e IgM antiSarampión en todos los casos, en el marco de la vigilancia integrada de ambas enfermedades.
- Iniciar la búsqueda activa de los contactos del caso y realizar las siguientes acciones:
- Investigar la posible fuente de infección, identificando los lugares que el enfermo ha frecuentado, sus eventuales desplazamientos y viajes, entre los 7 y 30 días previos al inicio del exantema.

- Detectar personas con síntomas similares: realizar investigación de contactos en los lugares en los que haya estado o permanecido el caso sospechoso (trabajo, escuela, club, gimnasio, etc.) durante el período de transmisibilidad.
- Verificar esquema de vacunación:
- Evaluar el estado de vacunación entre contactos familiares e institucionales (escuelas, guarderías, hospitales, comunidades cerradas, etc.), identificando especialmente a mujeres gestantes y a los susceptibles (niños menores de 1 año, vacunación incompleta y mujeres en edad fértil).
- Iniciar vacunación de bloqueo con Doble Viral (antisarampionosa y antirrubéólica) o Triple Viral (antisarampionosa, antirrubéólica y antiurleana) según corresponda, acorde con las normas vigentes, a los contactos del caso sospechoso que no cuenten con esquema de vacunación adecuado. No se esperarán los resultados de laboratorio para efectuar las acciones de bloqueo, que deberán completarse dentro de las 48 horas.
- Ante la confirmación de un caso de sarampión, todos los contactos entre 6 y 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral. Entre los 13 meses y 53 años asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso. Aquellos contactos de un caso confirmado, sin inmunidad previa y que no puedan recibir vacuna (menores de 6 meses, embarazadas e inmunosuprimidos) podrán recibir gammaglobulina hasta los 6 días del contacto, con el objeto de disminuir las posibles complicaciones de la enfermedad.
- Las autoridades sanitarias podrán ampliar las indicaciones de vacunación de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica.

.anexos



Referencia bibliográfica

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. 2012. Ciudad de México.

NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. DOF: 28/09/2012.

NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. 5.

NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. DOF: 19/02/2013.

Secretaría de Salud. "Programa de Vacunación Universal, Semanas Nacionales de Salud, Lineamientos Generales 2020" SPPS, CENSIA. México 2020