



Ciudad de México a 09 de abril de 2020

Boletín Informativo sobre Situación actual del Brote por Sarampión, México 2020.

I. Número de casos confirmados y distribución

Con fecha de corte al 9 de abril de 2020, se han contabilizado 124 casos nuevos de sarampión en el país, de estos, 105 (84.7%) se concentran en la Ciudad de México, 18 (14.5%) en el Estado de México y un caso en el estado de Campeche (0.8%). En la ciudad de México los casos se han distribuido en 14 de sus 16 alcaldías (Figura 1), en el Estado de México en 8 de sus 125 municipios (Figura 2) y finalmente en Campeche en 1 de sus 11 municipios (Figura 3). Cómo puede observarse en la figura 2, el mayor número de casos identificados en el Estado de México se han presentado en municipios aledaños al norte de la Ciudad de México, de donde proceden los primeros casos identificados.

Figura 1. Casos por alcaldía en la Ciudad de México.

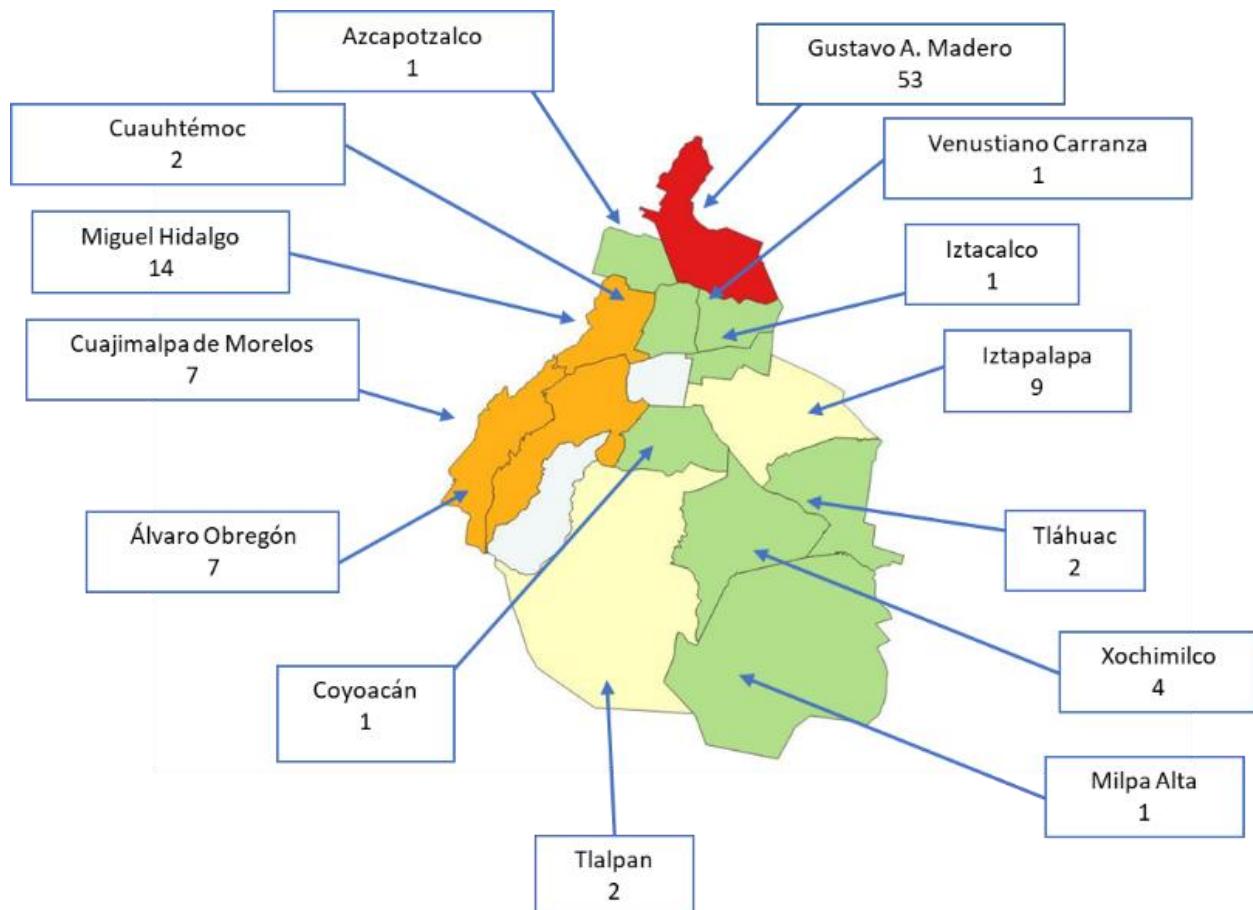




Figura 2. Casos por municipios en el Estado de México.

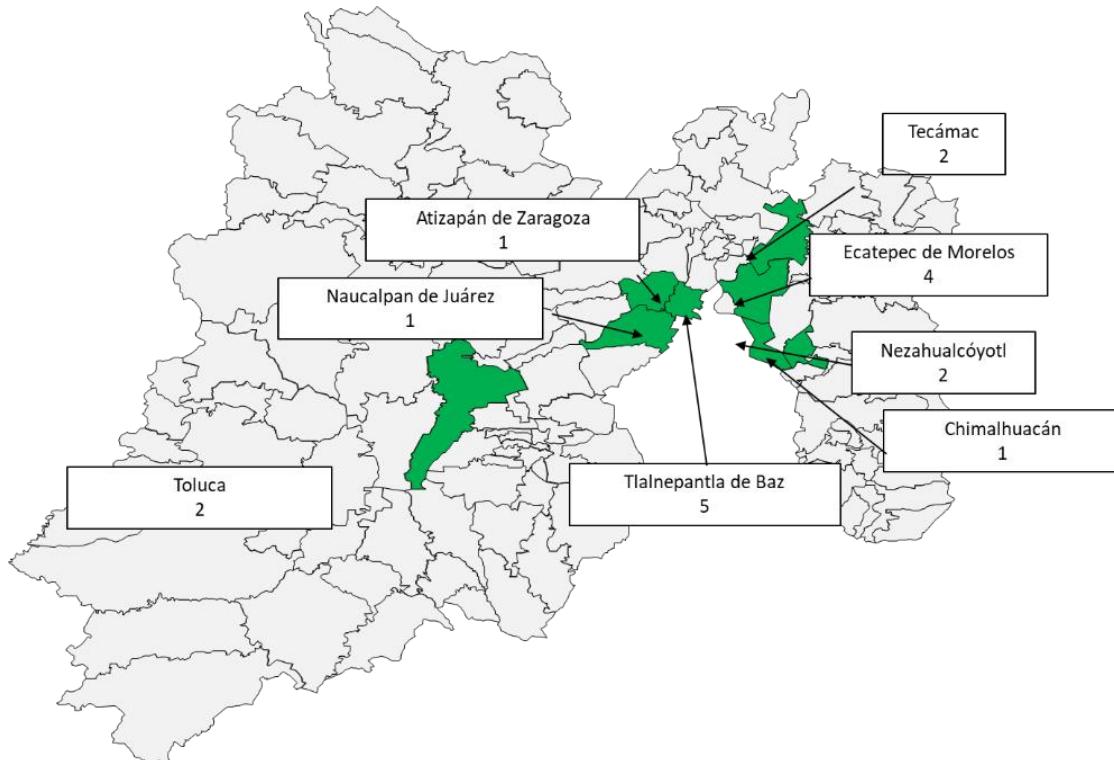
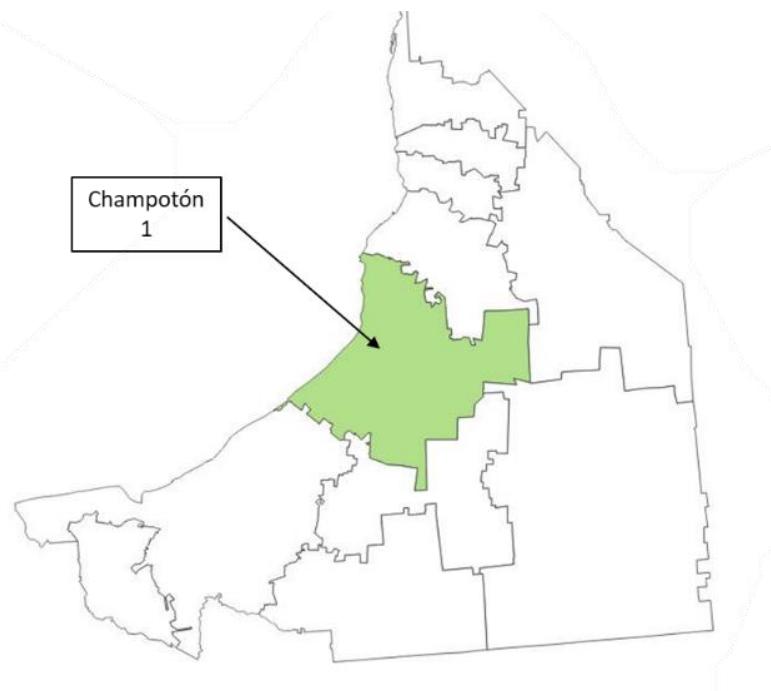


Figura 3. Casos por municipio en el Estado de Campeche.

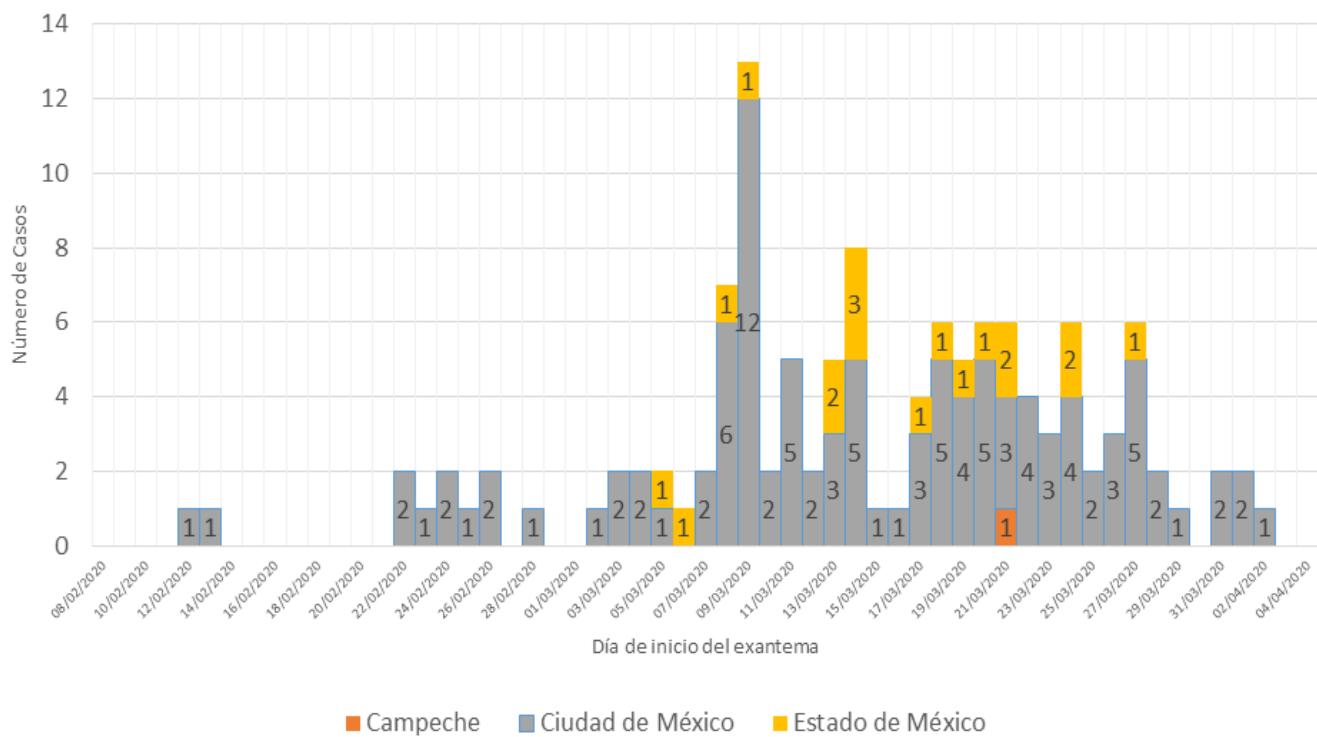




II. Comportamiento del brote según el inicio de exantema.

El primer caso confirmado inició con exantema el día 23 de febrero, a partir de este caso y derivado de la investigación de brote, se identificaron y confirmaron dos casos adicionales con inicio de exantema el 12 y 13 de febrero. Como resultado de las acciones de vigilancia epidemiológica, se han identificado nuevos casos, mismos que presentaron un pico máximo por inicio de exantema el 8 de marzo. El último caso confirmado hasta el momento debutó con exantema el 2 de abril (Gráfico 1). Tomando en cuenta la fecha de inicio de exantema de los últimos casos identificados, así como el periodo de inicio de síntomas tras la infección (7-21 días), existe una alta probabilidad de que en los días posteriores se presenten nuevos casos, no solo en los estados afectados, sino en cualquier parte del país debido a la movilidad poblacional (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de casos confirmados según el día de inicio de exantéma y Entidad de residencia.



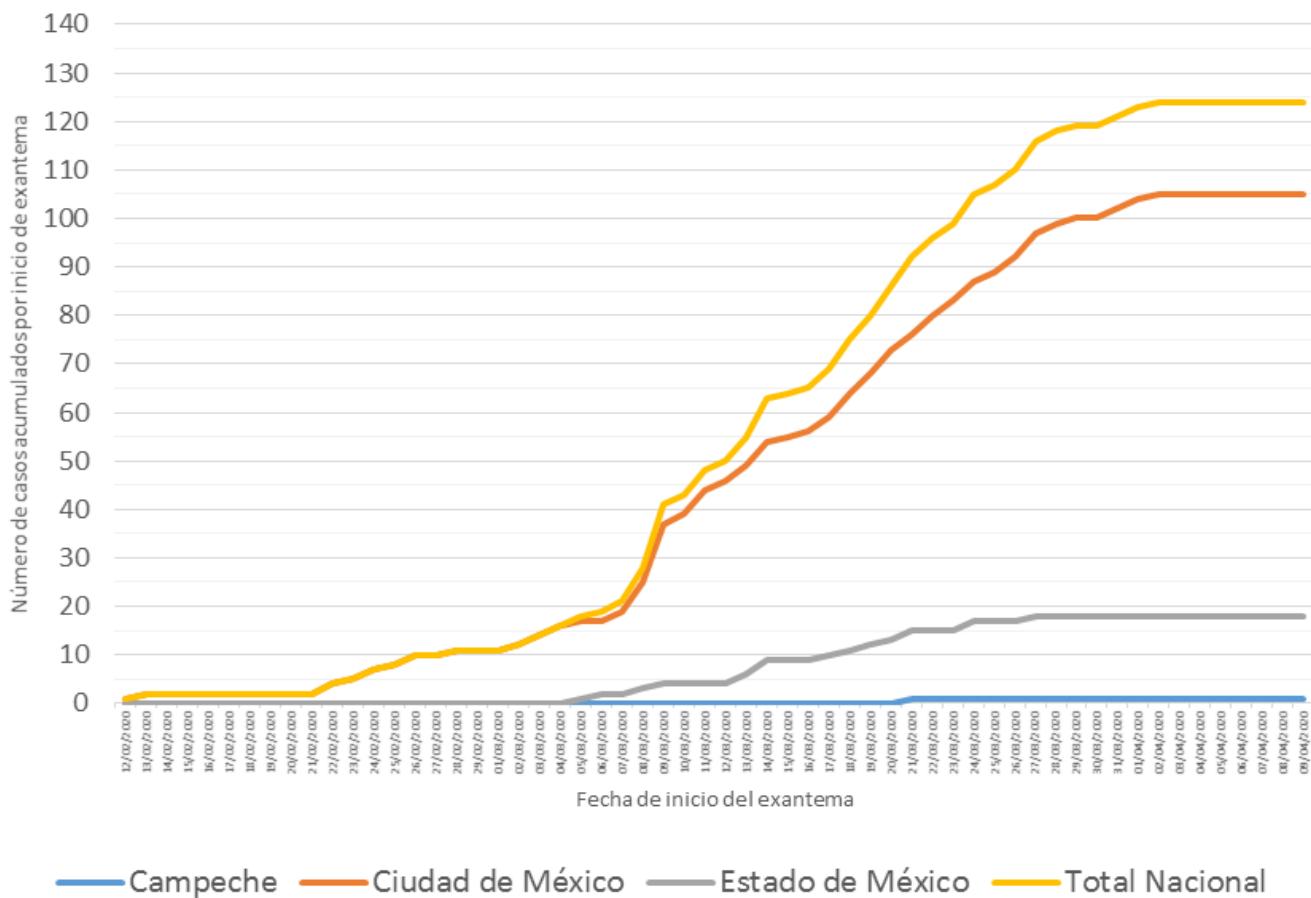
La curva de casos acumulados según el inicio del exantema muestra un periodo inicial de aceleración lenta que va del 12 de febrero al 7 de marzo, a partir de entonces el número de casos confirmados se incrementa con mayor velocidad hasta aproximadamente el 29 marzo, fecha en la que inicia una desaceleración que se mantiene hasta el momento (Gráfico 2). Si bien este periodo de desaceleración puede estar influido por las medidas de contención del brote implementadas por las autoridades sanitarias de los estados afectados, la existencia de inmunidad de rebaño así como por las medidas de distanciamiento social implementadas en el contexto de la pandemia de SARS-COV-2, existe un riesgo importante de incremento de casos debido a la movilidad poblacional



y la introducción de virus a poblaciones con características propicias para su propagación, como una alta densidad poblacional, un alto número de personas susceptibles, determinantes sociales como el hacinamiento o la dificultad para acceder a servicios de salud, entre otros.

Gráfico 2. Curva de casos confirmados acumulados según fecha de inicio de exantema desagregados por estado.

Periodo 12 de Febrero al 9 de Abril



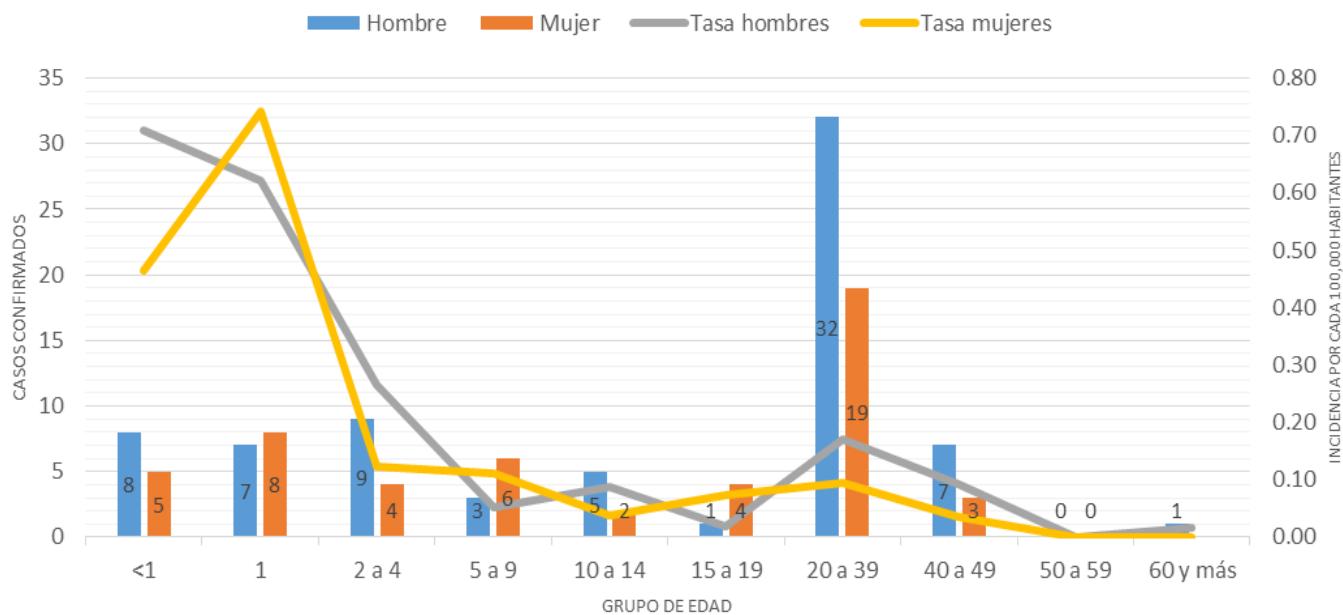
III. Características de los casos confirmados

a. Sexo y edad

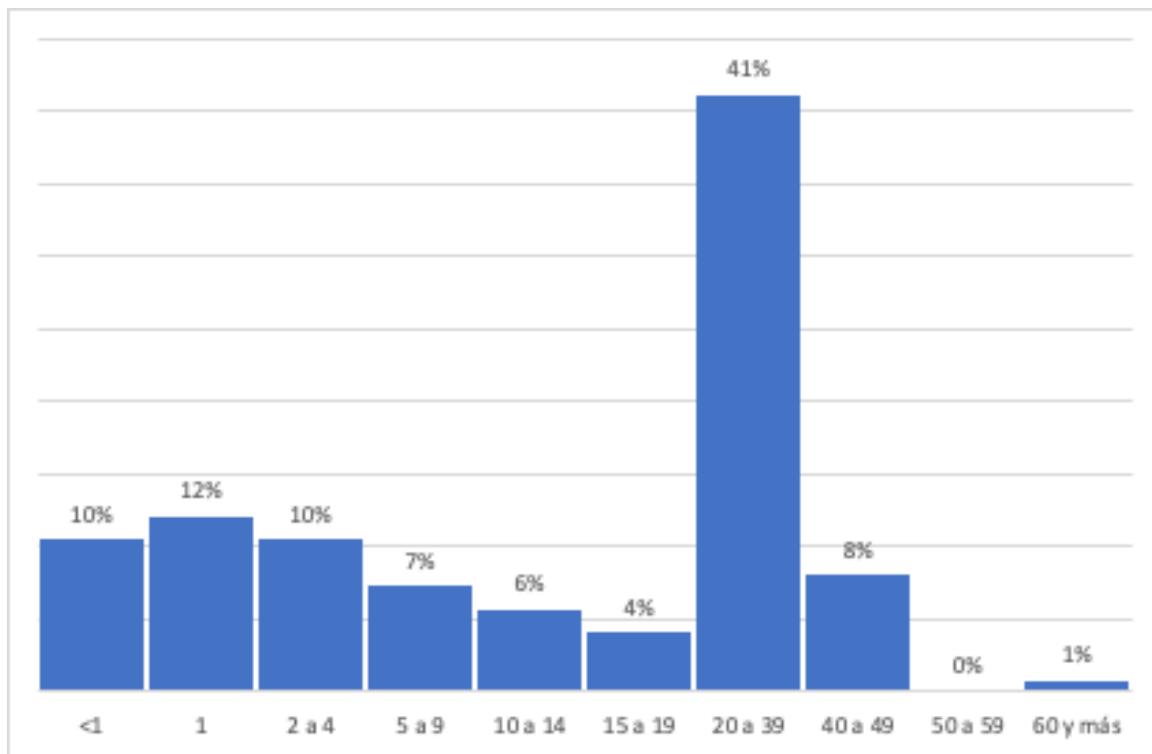
La mayor parte de los casos se ha presentado en el grupo de edad de 20 a 39 años, en donde se contabilizan 51 casos (41%). La población menos afectada hasta el momento se encuentra entre los mayores de 50 años. En los niños y niñas menores de un año se han presentado 13 casos (10%) (Gráfico 3 y 4); prevenir el contagio en este grupo de edad es de especial relevancia, ya que a esta edad la probabilidad de desarrollar complicaciones es mayor.



Gráfico 3. Número de casos e incidencia por sexo y grupo de edad



Gráfica 4. Porcentaje de casos confirmados por grupo de edad.





De los 124 casos confirmados hasta el momento 41% son mujeres y 59% son mujeres (Gráfico 5). Esta proporción es distinta entre los diferentes grupos de edad como se aprecia en el gráfico 6.

Gráfico 5. Distribución de los casos confirmados por sexo.

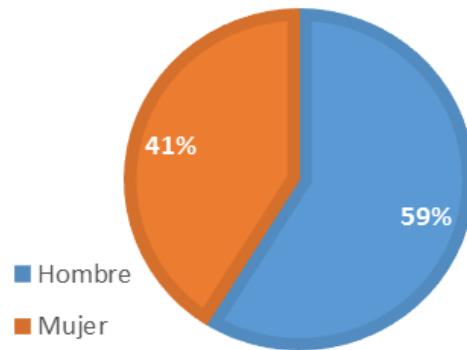
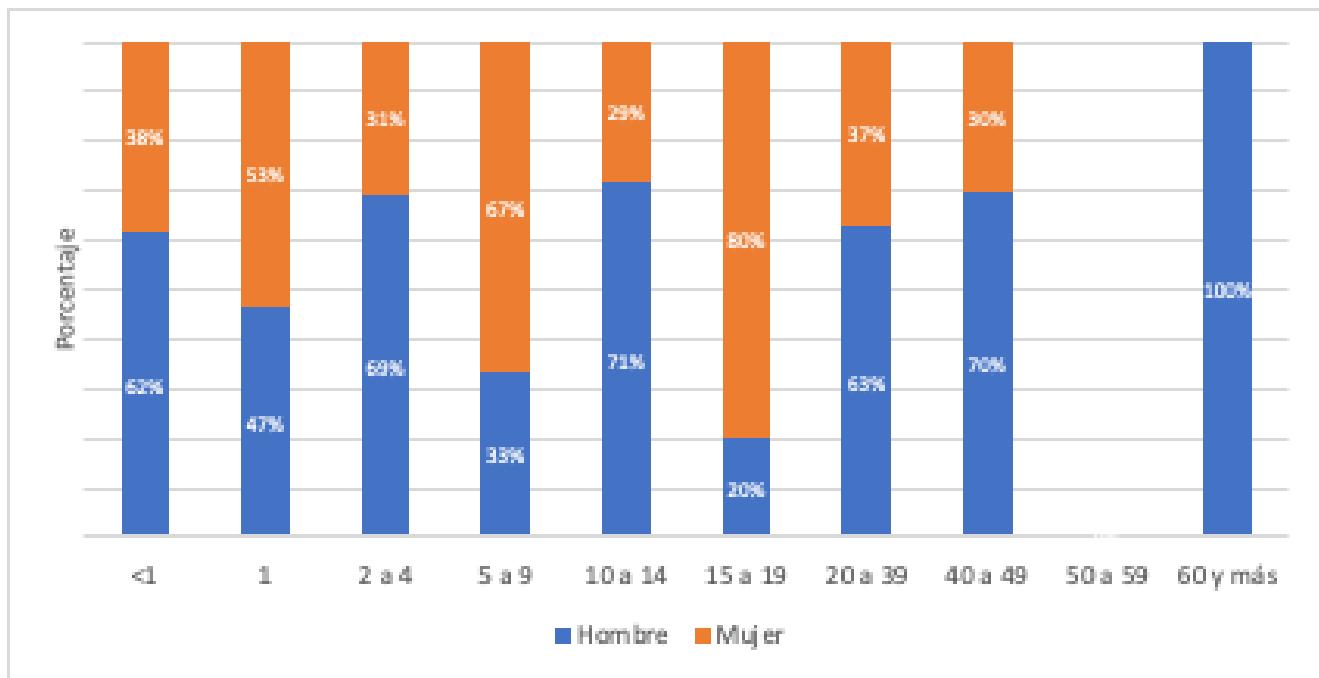


Gráfico 6. Porcentaje de casos confirmados por sexo y grupo de edad.



b. Institución

De los 124 casos confirmados, 94 (76%) pertenecen a SSA, 28 (22%) del IMSS y 2 (2%) del ISSSTE (Gráfico 7). El número de casos por institución y estado puede apreciarse en el gráfico 8.



Gráfico 7. Casos confirmados por Institución.

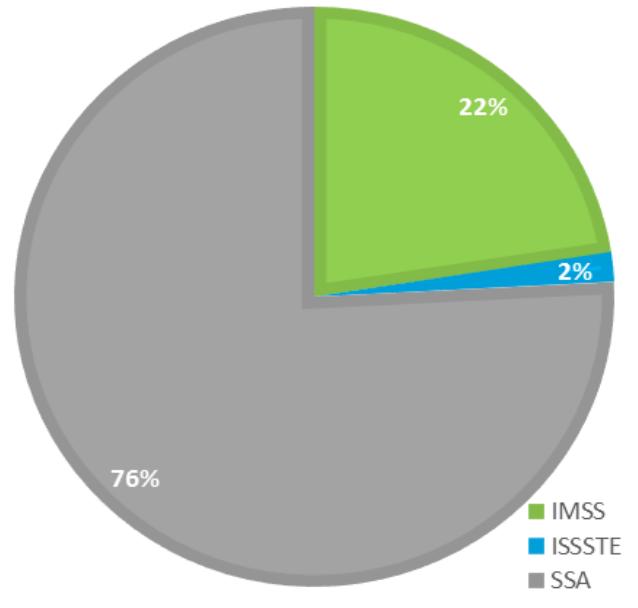
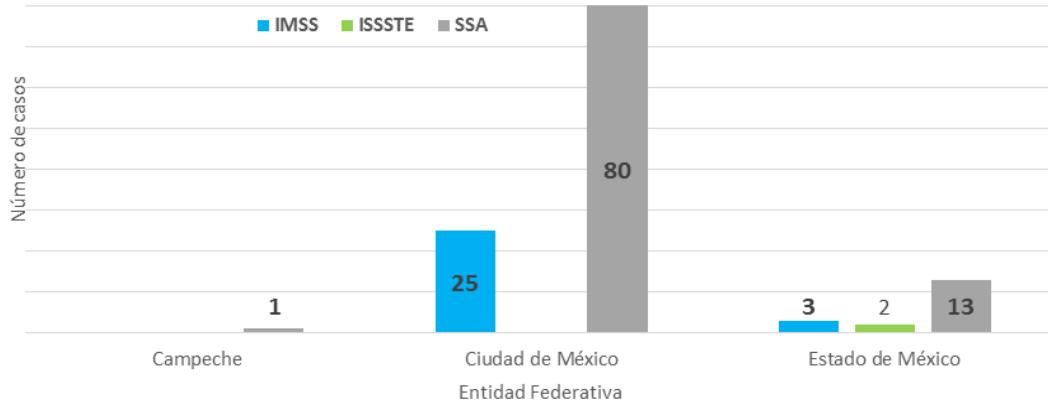


Gráfico 8. Número de casos confirmados por Estado e Institución.



c. Antecedente vacunal

El 82% de los casos confirmados no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados con antecedente vacunal se presentaron con mayor frecuencia en los grupos de edad de 2 a 4 años, de 5 a 9 años y de 15 a 19 años (Gráficos 9 y 10). Es importante mantener coordinación con el personal a cargo del programa de vacunación a nivel estatal y jurisdiccional a fin de contar con la información necesaria para planificar tanto las acciones de prevención de brotes como de atención de estos. La proporción de casos con antecedente vacunal, según la institución de salud se muestra en el Gráfico 11.



Gráfico 9. Antecedente vacunal en los casos confirmados.

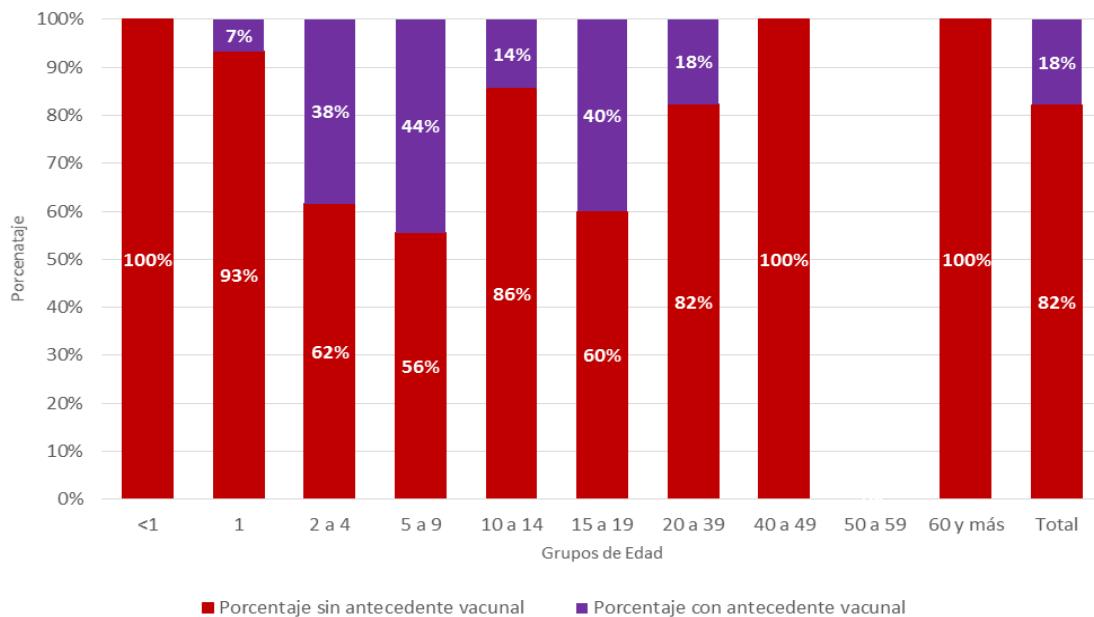


Gráfico 10. Casos confirmados segun antecedente vacunal por grupos de edad.

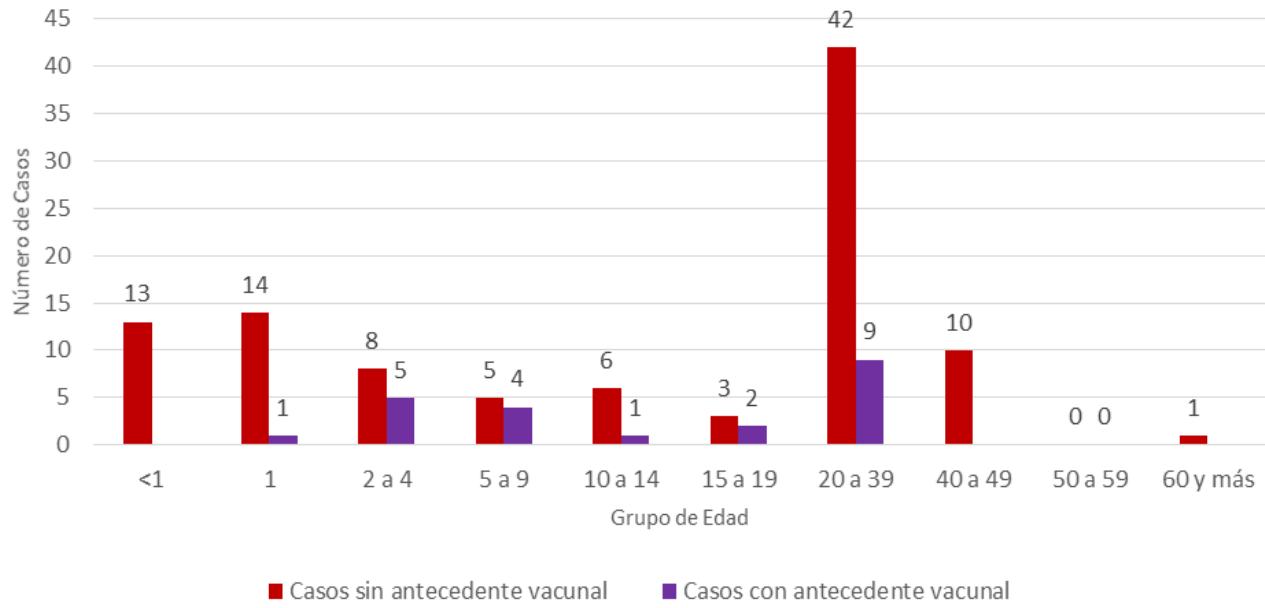
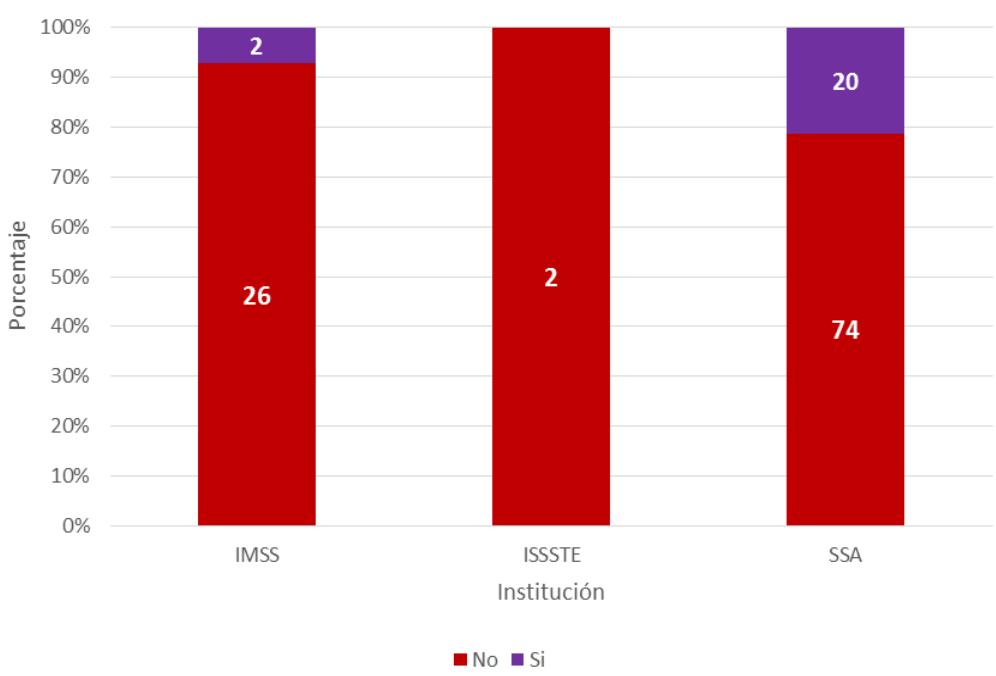




Gráfico 11. Número de casos confirmados y antecedente vacunal por institución.



Considerando el escenario epidemiológico antes descrito y el riesgo de propagación del sarampión a otras entidades federativas, es necesario reforzar las medidas destinadas a la prevención y contención de brotes por Enfermedad Febril Exantemática. En medida de que el sistema de vigilancia epidemiológica actúe con celeridad, eficiencia y de la manera más oportuna ante los casos probables de EFEs, se podrán evitar afectaciones a la salud y cargas adicionales al sistema de salud.

Se exhorta a las áreas de Vigilancia Epidemiológica para que tomen las siguientes medidas, además de las ya previstas en el Manual de Procedimientos Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

Capacitación:

- En el contexto de la pandemia de SARS-COV-2, utilizar preferentemente recursos electrónicos para trasmisir la información. Solo realizar supervisiones presenciales en casos necesarios. Seguir las recomendaciones gubernamentales para evitar reuniones que pudieran representar un riesgo para el personal de salud y para el resto de la ciudadanía.
- Difundir con el nivel jurisdiccional y centros de salud de todos los niveles el panorama epidemiológico del sarampión de nivel nacional y local de manera semanal.
- Asegurar que las áreas responsables de epidemiología de nivel estatal, jurisdiccional y local conocen e implementan adecuadamente los procedimientos para la vigilancia epidemiológica de EFEs, incluyendo el llenado de formatos, los lineamientos para la toma y envío de muestras biológicas al laboratorio y el



manejo de la plataforma para el registro de casos.

- Reforzar las acciones que permitan al personal médico y de enfermería de todos los niveles de atención, conocer e implementar las definiciones operacionales de caso para EFEs. El personal de salud responsable de la identificación de los casos probables debe conocer los lineamientos para la toma y envío de muestras de laboratorio.
- Verificar que el personal de nivel jurisdiccional y local conocen las acciones de investigación de brotes y cuentan con la documentación oficial y formatos para realizar el registro de las actividades.

Coordinación:

- Mantener comunicación permanente entre los diferentes niveles del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a fin de identificar áreas de oportunidad, compartir información, etc.
- Es imprescindible la coordinación con las áreas responsables del programa de vacunación a fin de compartir el panorama epidemiológico nacional y local, identificar poblaciones susceptibles de contagio, conocer las coberturas de vacunación de jurisdicciones y municipios, así como para **implementar los operativos de investigación y control de brotes de manera conjunta**.
- Coordinarse con las áreas responsables de promoción de la salud a fin de establecer las estrategias adecuadas para comunicar a la población los síntomas de la EFE y las medidas a tomar en caso de presentar estos síntomas.
- Coordinación con el área de atención médica para facilitar la difusión de la información, así como la toma de medidas destinadas a la prevención del contagio en los centros de salud de todos los niveles.
- Coordinación con empresas que prestan servicios de atención médica privada en todos los niveles de atención para compartir el panorama epidemiológico con el personal médico y recordar la necesidad de implementar los mecanismos de vigilancia epidemiológica en sus unidades de salud.
- Mantener la coordinación y comunicación con el Laboratorio Estatal de Salud Pública a fin de identificar y resolver oportunamente situaciones que pudieran afectar la vigilancia epidemiológica de EFEs como pueden ser: falta de insumos, limitaciones para el traslado, etc.

Recursos:

- Contar con el directorio de personas disponibles para la atención de casos probables e investigación de brotes, así como aquellas que pueden ser requeridas para la respuesta ante casos confirmados.
- Realizar una valoración de los insumos existentes para la toma de muestras, hay que considerar que la pandemia de SARS-COV-2 puede generar un desabasto en medios de transporte viral.
- Conocer cuál es la capacidad actual de resolución de los laboratorios estatales para el diagnóstico de EFEs.
- Hay que asegurar que las unidades de salud y jurisdicciones cuenten con formatos de notificación de casos probables suficientes, así como los referentes al seguimiento de contactos y a las acciones de vacunación.