



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

**MANUAL OPERATIVO PARA LA
CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS
BRIGADAS DE SALUD EN EL ESTADO DE
MORELOS.**

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

AÑO 2014



INTRODUCCIÓN.

Las acciones de Vigilancia Epidemiológica en México inician en la década de los cuarenta del siglo XX, estableciendo sistemas de vigilancia epidemiológica para auxiliar a los programas de higiene pública y control de enfermedades. En los años noventa, los subsistemas de vigilancia epidemiológica homogeneizaron sus procedimientos, integrándose el Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica (SINaVE), creándose así en el año 1995 el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE)¹, con el objetivo de unificar y homologar los criterios, procedimientos y contenidos para el funcionamiento de la vigilancia epidemiológica del país, logrando un sistema sectorial y sincrónico.

Siendo la Vigilancia Epidemiológica el campo de acción de la Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-2012, la cual regula todos los procedimientos implicados en esta y cuyas actividades en mayor parte serán llevadas a cabo por la brigada de salud, requiriéndose para su integración de personal multidisciplinario, que extienda sus acciones más allá de la atención médica y que sean utilizados en la vigilancia epidemiológica, así como, en las acciones de prevención y control con la ministración de tratamientos, obtención de muestras humanas, promoción de la salud y saneamiento básico, con la cual se limitan la presencia de casos y brotes de enfermedades infecciosas².



MARCO LEGAL.

Este manual operativo, tiene sustento legal en:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículo 4º, en el cual se establece que “toda persona, en territorio mexicano, tiene derecho a la protección en salud”.
- Ley General de Salud. 2014: Artículos 133 y 134, que establecen a las actividades de vigilancia epidemiológica, como componentes de la atención de la salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM- 017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, en la que se consideran como objeto de vigilancia epidemiológica, a los padecimientos y riesgos potenciales a la salud, que impliquen un daño a la salud por su trascendencia e importancia epidemiológica, entre los cuales se encuentran enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, micobacteriosis, cólera, infección respiratoria y enfermedad diarreica; vigilando tanto los casos de enfermedad, como las defunciones, los factores de riesgo y los factores de protección.
- Ley de Salud del Estado de Morelos. 2014: Artículo 3, inciso A fracción XIII y XIV, sobre la responsabilidad del Estado sobre la prevención y el control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes. Artículo 37 fracción II, sobre la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria y de las no transmisibles más frecuentes. Título octavo; sobre la prevención y el control de enfermedades, accidentes y desastres. Artículo 126, fracción II sobre el apoyo en el Estado al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Artículos 127 al 141, sobre las actividades a realizar por el Estado en materia de notificación y manejo de las enfermedades transmisibles.
- Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Morelos. 1999: Artículo 3, fracción III, sobre las acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado. Artículo 29 Bis, fracción XXII, sobre la atención y control de emergencias epidemiológicas por medio de la coordinación de brigadas.
- Manuales para la Vigilancia Epidemiológica proporcionados por la Dirección General de Epidemiología, para la operación y aplicación de los distintos programas 2014.



JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades infecciosas y/o emergentes, representan una importante proporción en la demanda de atención médica ocasionando diversos daños en la salud de la población, amén de las pérdidas económicas que por ausentismo laboral se presentan en la población general. Este grupo de padecimientos pueden presentarse, con relativa frecuencia, afectando a grupos poblacionales asociados por diversos factores entre sí, de tal manera que la presencia de brotes por estas enfermedades requieren de una respuesta ágil, oportuna, sistemática, y eficaz a fin de identificar el brote, limitar los daños que puede producir en la población y proponer acciones que prevengan nuevos eventos en la comunidad².

Para ello, especialmente la vigilancia epidemiológica es activa, y se realiza casa a casa por medio de personal de campo, cuyo objetivo es la búsqueda intencionada de casos nuevos, brindando a su vez información sobre el auto cuidado de la salud, mediante las medidas preventivas y la identificación de los signos de alarma de cada una de las enfermedades de interés².

Asimismo, cuando se hace necesaria la participación de este personal en los refugios temporales, es determinante para la detección y control temprana de eventos que pueden convertir en problemas sanitarios o de interés político².

Por todo lo anterior, resulta imperante la necesidad de estandarizar todos estos procesos y actividades a realizarse por la brigada de salud, con la finalidad de limitar al máximo, o en su defecto prevenir, la variabilidad y el sesgo, propios en cada uno de los integrantes de este equipo de trabajo, en cuanto al entendimiento y/o aplicación de tales conceptos, siendo para ello necesaria la conformación del presente manual operativo, así como su correcta aplicación.



OBJETIVO GENERAL.

Estandarizar los procedimientos, actividades y herramientas necesarias para su aplicación por las brigadas de salud, garantizando la detección oportuna, el análisis integral de la información obtenida y el manejo eficaz de brotes de enfermedades, cuya naturaleza represente un riesgo para la población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir los procedimientos de la brigada de salud, para facilitar las acciones de vigilancia epidemiológica
- Optimizar los procedimientos básicos de generación de datos, para el análisis de la información por el área de epidemiología.
- Enriquecer los conocimientos entorno a la detección, caracterización, confirmación y control oportuno de brotes y situaciones de alerta epidemiológica en una población determinada.
- Proporcionar a los brigadistas, un acceso rápido y confiable a la información requerida durante un estudio de brote.
- Facilitar la toma de decisiones por parte del personal de brigada.
- Adecuar instrumentos de vigilancia epidemiológica a través de instrumentos de recolección de información de datos primarios.
- Promover el conocimiento de los presentes procedimientos por el personal de salud, así como su aplicación en el ámbito local, jurisdiccional y estatal.
- Garantizar la sensibilidad y especificidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Mejorar la respuesta ante un brote o presencia de casos de manera organizada y eficiente, que permita la preservación de la salud de la población.
- Definir los requisitos con los que deberá contar el personal que integre las brigadas.



GENERALIDADES

REQUISITOS DEL PERSONAL A CONFORMAR LA BRIGADA DE SALUD.

- Las brigadas deberán de estar conformadas por personal multidisciplinario en el área de la salud, siendo integradas de la siguiente manera:

- ~ 1 o 2 médicos.
- ~ 3 o 4 enfermeras.
- ~ 1 promotor o trabajador social.
- ~ 1 polivalente (chofer, técnico, etc).

Nota: En caso de brote de cólera el Manual Para la Vigilancia Epidemiológica, recomienda un ideal de 6 brigadas de 15 integrantes cada una.

- Tener conocimiento y manejo básico de los distintos Manuales para la Vigilancia Epidemiológica, proporcionados por la Dirección General de Epidemiología; así como conocer las diferentes definiciones operacionales, contenidas en cada manual.
- Conocer el nombre, manejo y llenado de los distintos formatos de recolección de datos.
- Conocer las diferentes regiones del Estado de Morelos o en su defecto de su respectiva Jurisdicción Sanitaria.
- Conocer y dominar las diferentes técnicas para la toma de muestras, así como su correcto manejo, embalaje y entrega al Laboratorio Estatal de Salud Pública y/o regional, para lo cual será necesario recibir capacitación de forma anual.
- Conocimiento del esquema de vacunación actual, así como de las técnicas de aplicación de los biológicos, manejo, transportación y disposición final de estos.
- Se sugiere contar con su esquema completo de vacunación, asimismo el jefe inmediato deberá de actualizar el expediente con copia de la cartilla de vacunación y en casos de renuencia con la documentación necesaria.
- Habilidades básicas de computación, incluyendo paquetería de office e internet.
- Presentarse adecuadamente uniformado y con identificación oficial de la institución, en caso de no contar con esta última se deberá realizar la correspondiente solicitud al área de recursos humanos.



- Actitud y disposición para trabajo en equipo y regiones de difícil acceso.
- Facilidad de palabra y cordialidad hacia los demás.
- Capacidad de análisis, deducción y resolución.
- Deben contar con los conocimientos mínimos indispensables sobre la atención y manejo de aquellas urgencias médicas, que puedan presentarse durante el trabajo de campo. Se sugiere contar con capacitación para el manejo inicial del paciente.
- Disponibilidad amplia en cuanto a horario y días laborales sin restricción en fines de semana o días festivos.

EQUIPO Y MATERIAL MÉDICO PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE CAMPO.

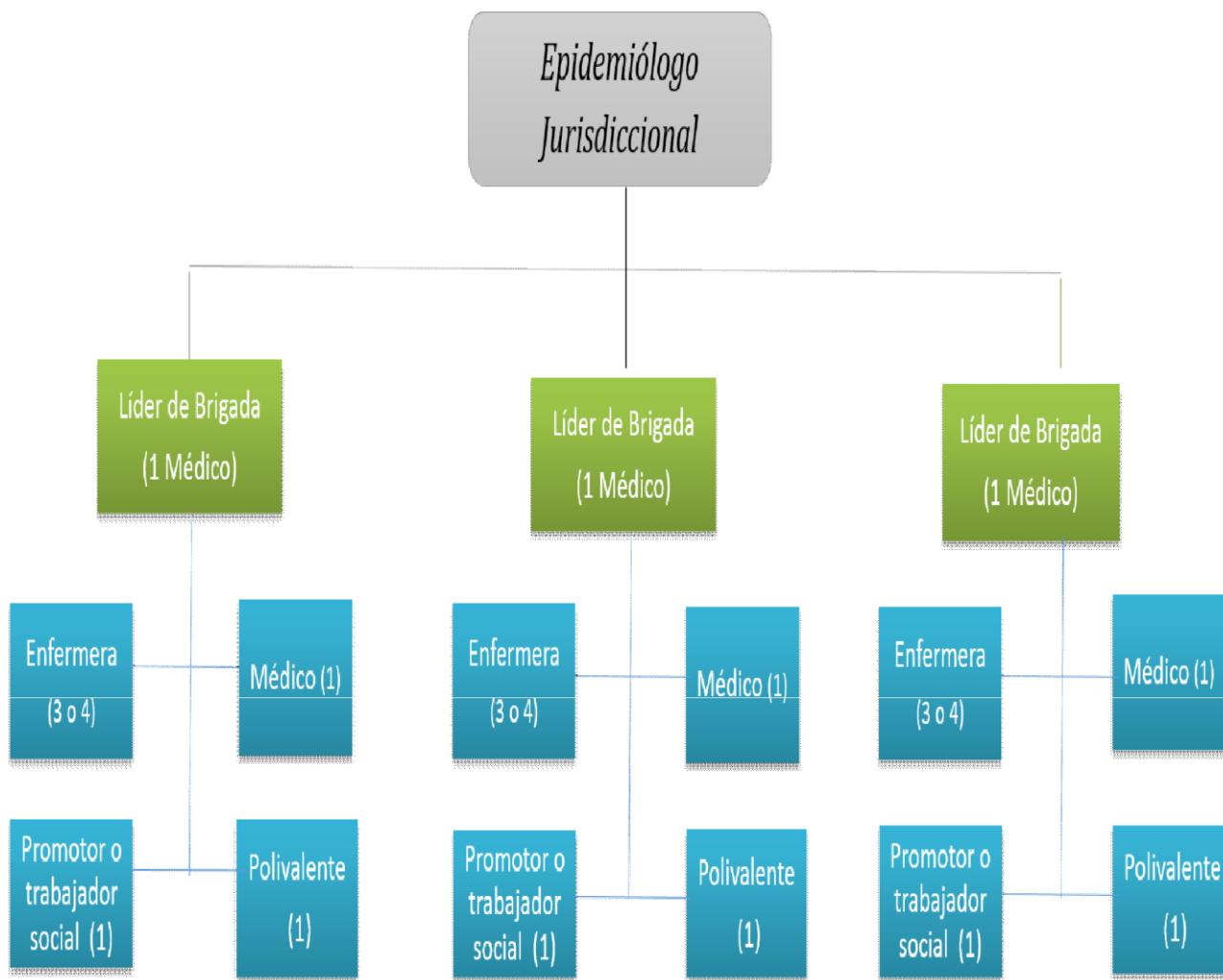
Dependerá la situación del brote, sin embargo, puede incluir:

- Vestuario: chaleco de brigada, credencial institucional, zapato cómodo, gorra, ropa térmica, botas impermeables e impermeables.
- Mochila con insumos para muestreo y encuesta: laminillas, lancetas, hisopos rectales y faríngeos, tubos rojos, jeringas y/o aguja de vacutainer; lapiceros, tabla con clip, hojas blancas, viales para toma de muestra, contenedores R.P.B.I., estuche de diagnóstico, así como esfingomanómetro y estetoscopio.
- Medicamentos: Sobres de vida suero oral, cajas de doxiciclina (vibramicina), cajas o botellas de eritromicina o claritromicina, cajas o botellas de trimetoprim-sulfametoxazol, cajas de cloroquina, cajas y frascos goteros de paracetamol y ampolletas de hidrocortisona en presentaciones de 100mg y 500mg.
- Material de curación: Cubrebocas y guantes de látex no estériles.
- Unidad de transporte: camioneta o vehículo disponible para transporte de personal, con gasolina previamente cargada, con adecuado mantenimiento mecánico y que cuenta con llanta de refacción y herramientas.
- Números telefónicos de rescate, protección civil y servicio paramédico.
- Directorio actualizado de las autoridades municipales en salud.
- Papelería: Formatos de estudio de caso, formato diario de acción de brigada, formatos de estudio de brote, consentimientos informados para la aplicación de vacunas y/o tomas de muestras, etc.



- Equipo de radiolocalización por brigada epidemiológica con enlace a la correspondiente jurisdicción sanitaria.

ORGANIGRAMA.





ACCIONES GENERALES DE BRIGADA EPIDEMIOLÓGICA

1. Previo al trabajo de campo.

1.1. Acciones generales.

- Consultar las fichas técnicas y las respectivas definiciones operacionales de la o las enfermedades a estudiar o en su defecto definirlas en conjunto con el departamento de epidemiología.

1.2. Acciones específicas.

a) Epidemiólogo jurisdiccional:

- Definir el área geográfica en la que se realizarán las actividades de campo.
- En el caso de estancias infantiles, escuelas, centros de rehabilitación, prisiones, asilos, albergues, etc., se deberá proceder a través de los trámites administrativos necesarios para la realización de las actividades detección y promoción, proporcionando al finalizar la nota informativa de las diligencias realizadas.

b) Líder de brigada:

- Revisión de boletines, comunicados, avisos y alertas epidemiológicas de la situación de riesgo.
- Verificar la capacidad del laboratorio para la recepción y procesamiento de las muestras que sean tomadas durante el desarrollo de las actividades de campo.

c) Enfermería y/o promotor de salud:

- Abasto de equipo y material médico para la operación del programa.
- Notificar a la unidad de salud local las acciones a realizarse, así como sensibilizar al personal sobre la importancia de la notificación inmediata y realización de estudios de caso, a todos los casos probables que acudan a las instalaciones.
- Capacitar al personal de salud y/o personal y administrativos del o los conglomerados afectados, sobre las medidas básicas de aislamiento y manejo de los casos probables, que garanticen interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad en estudio (ver anexo ¿?).



2. Durante el trabajo de campo.

2.1. Acciones generales de control.

- Búsqueda, localización y georreferencia de los domicilios de los casos probables, haciendo especial énfasis del primer caso notificado.
- Una vez localizados los casos según definiciones operacionales, se realizará el respectivo estudio epidemiológico y la toma de muestras correspondientes, siempre y cuando no hayan sido realizados durante el primer contacto con la atención médica o por rechazo de las muestras por parte del Laboratorio Estatal de Salud Pública.
- Asimismo se llevará a cabo la identificación de factores de riesgo, la entrega de tratamiento en caso de no haberlo recibido previamente, además de las recomendaciones pertinentes de aislamiento para el caso y sus contactos (ver anexo ¿?).
- Extender el estudio hacia los contactos intrafamiliares mediante la aplicación del “bloqueo familiar”.
- Identificar posibles fuentes de infección común, del mismo modo al posible “caso índice”.
- Realizar el estudio de los contactos de los casos notificados, conforme al área de recorrido determinado por manzanas o radio establecido según la naturaleza de la enfermedad, buscando intencionadamente nuevos casos, con la respectiva identificación, estudio, muestreo y geolocalización.

2.2. Acciones específicas de control.

a) Líder de brigada:

- Al iniciar las actividades de campo será estrictamente necesario la identificación del personal de la brigada epidemiológica con el o los representantes de la localidad o colonia a estudiar, así como con cada uno de los habitantes a visitar. Y se deberá de hacer de su conocimiento el objetivo y naturaleza de dichas acciones, cuidando de no crear alarma.
- Redefinir geográficamente los límites del área afectada, con la finalidad de la creación del “bloqueo epidemiológico” y el respectivo “bloqueo vacunal”, este



último en coordinación con el Programa Estatal de Vacunación, mediante la identificación de la población susceptible con esquemas incompletos de vacunación y la respectiva aplicación de los biológicos faltantes.

• **Importante:**

- Toda la información será captada en los formatos oficiales para iniciar su flujo hacia los diferentes niveles para la toma de decisiones.
- Queda estrictamente prohibido compartir información acerca de la identidad y localización de los casos con la población general, medios de comunicación, o personal ajeno al sistema de salud, excepto en situaciones específicas o por indicación del jefe o autoridades inmediatas.
- En el caso de presentarse durante el trabajo de campo algún tipo de incidente, accidente o condiciones que pongan en riesgo la integridad del personal, se deberán suspender las actividades e informar al líder de brigada y este a su vez al epidemiólogo jurisdiccional.

2.2. Actividades de promoción y saneamiento básico.

a) Enfermería y/o promotor de salud:

- Educación sobre el correcto lavado de manos, así como sobre el manejo de agua y alimentos.
- Educación sobre la eliminación de criaderos, excretas, secreciones, fómites o condiciones que propicien la transmisión de enfermedades.
- Educación sobre la adecuada implementación de las medidas de aislamiento (ver anexo ¿?).
- Actividades de vigilancia y educación sanitaria, por medio de puestos o stands temporales.
- Distribución de folletos informativos, gel antibacterial y/o sobres de vida suero oral.
- Identificación y geolocalización de las fuentes de abastecimiento de agua y/o alimentos.



- Identificar y geolocalizar casas o predios abandonados, así como viviendas de la población renuente a las actividades antes descritas, en este último caso elaborar la respectiva nota informativa y proporcionarla al líder de brigada así como al representante local.

3. ACCIONES POSTERIORES AL TRABAJO DE CAMPO.

a) Epidemiólogo jurisdiccional:

- Mantener las actividades de vigilancia epidemiológica activa por 2-4 períodos máximos de incubación (según la naturaleza de enfermedad en cuestión) a partir del último caso confirmado.
- Con la información recolectada deberá orientar y analizar la información en tiempo, lugar y persona, por medio de la realización del formato de notificación de brote.

b) Líder de brigada:

- Seguimiento de acciones de control.
 - Concentrado semanal (visitas).
 - Concentrado mensual elaborado por el líder de brigada con el visto bueno del epidemiólogo jurisdiccional.
- Sesionar de manera periódica dentro del CoJuVE los avances producto de las actividades realizadas, así como el análisis y conclusiones resultantes de la información recolectada en campo.
- Realización y envío de la información solicitada por el epidemiólogo jurisdiccional.

c) Enfermería y/o promotor de salud:

- Seguimiento de casos y contactos a través de vigilancia clínica y tomas de segundas muestras en caso de que así se requiera.
- Seguimiento de casos clínicamente sospechosos.



REALIZACIÓN DE ACCIONES DE BRIGADA POR SITUACIÓN DE RIESGO.

DEFINICIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Posterior a la definición del área geográfica por el epidemiólogo a cargo, es necesario determinar el tipo de zona a estudiar como urbana o rural.
- El área de estudio será delimitada por medio del uso de un croquis, plano o mapa oficial y actualizado de la zona, en el cual se procederá a identificar la vivienda, manzana o edificio, en el cual habite el caso probable o confirmado, ubicando esta en el centro.
- En seguida se procede a identificar los 4 puntos cardinales en el croquis, plano o mapa y se marcan las viviendas, manzanas o edificios circundantes de la siguiente manera:
 - Área urbana o rural con manzanas bien delimitadas:
 - Se marcan 3 manzanas hacia cada punto cardinal, abarcando un total de 49 manzanas.

Figura 1.- Bloqueo epidemiológico en área urbana

43	44	45	46	47	48	49
42	21	22	23	24	25	26
41	20	7	8	9	10	27
40	19	6	1	2	11	28
39	18	5	4	3	12	29
38	17	16	15	14	13	30
37	36	35	34	33	32	31

- En cuestión de un caso probable o confirmado de cólera o en situaciones especiales, será necesario abarcar un área de 5 manzanas hacia cada punto cardinal, contando con un total de 121 manzanas.

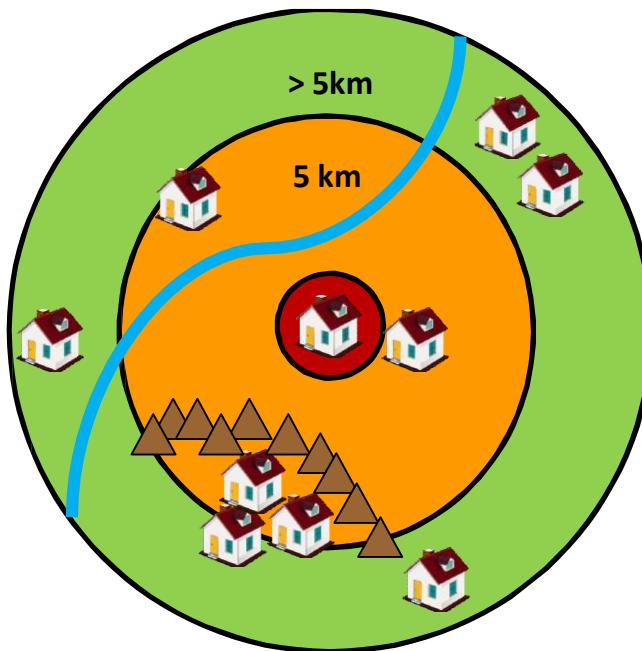


Figura 2.- Bloqueo epidemiológico en área urbana en estudio de cólera

111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121
110	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
109	72	43	44	45	46	47	48	49	50	83
108	71	42	21	22	23	24	25	26	51	84
107	70	41	20	7	8	9	10	27	52	85
106	69	40	19	6	1	2	11	28	53	86
105	68	39	18	5	4	3	12	29	54	87
104	67	38	17	16	15	14	13	30	55	88
103	66	37	36	35	34	33	32	31	56	89
102	65	64	63	62	61	60	59	58	57	90
101	100	99	98	97	96	95	94	93	92	91

- Si el equipo encontrase otros casos probables en las manzanas que circundan a la manzana donde vive el caso confirmado, se incrementará el área de búsqueda a siete o diez manzanas adicionales.
- Área rural con caserío disperso:
 - Se delimitarán todas las viviendas o localidades comprendidas en un área de 5 kilómetros alrededor de la residencia del caso, la cual se extenderá al encontrar más casos probables, sin dejar de considerar los accidentes geográficos (barrancas, serranías, etc.)

FIGURA 3.- Bloqueo epidemiológico en área rural.



RECORRIDOS SISTEMÁTICOS EN ZONAS URBANAS

- Establecer una secuencia de recorrido, iniciando en la esquina noroeste, con la manzana más próxima a la esquina superior izquierda del plano y seguir manzana por manzana hacia la derecha, dando como resultado un recorrido ondulatorio y descendente.
- Los edificios habitacionales deben ser considerados como si fueran una manzana, en ellos se deberá conseguir permiso para entrar a los inmuebles, visitar cada departamento que corresponda a viviendas, incluyendo los cuartos de servicio.
- Es recomendable tener en cuenta lo siguiente:
 1. Cada manzana debe recorrerse iniciando en la esquina superior izquierda (NOROESTE) del plano y continuar en dirección a la derecha (ESTE) o en sentido de las manecillas del reloj.
 2. Ahora bien, dada la diversidad de estructuras y edificios que presenta una zona urbana, como son las vecindades, condominios, unidades habitacionales, etc., es necesario especificar la manera en que se deben recorrer:



- Las viviendas que se encuentren en calles cerradas o privadas, se deben recorrer viendo que éstas permanezcan siempre a la derecha del encuestador.
- El recorrido ordenado y sistemático del interior de los edificios de departamentos se debe iniciar en los pisos inferiores hasta terminar con los superiores
- Los edificios de una unidad habitacional se consideran, cada uno, como si fueran una sola manzana, siempre y cuando estén rodeados de andadores, pasillos o calles.
- El recorrido al interior de una vecindad, debe efectuarse siguiendo el sentido de las manecillas del reloj, empezando por la puerta principal de la vecindad y dirigirse hacia la izquierda en relación con la posición del entrevistador.
- En aquellas zonas con asentamientos irregulares, como es el caso de los "paracaidistas", el recorrido debe efectuarse por un punto fácilmente identificable que sirva de referencia.
- Todos aquellos refugios (viviendas en cuevas, tubos, puentes, etc.) y viviendas móviles (vagones de ferrocarril, trailers, ferias, circos, lanchas, etc.), se registrarán como si fueran una sola manzana, o si es factible, se agruparán con otras cercanas y se formará así un manzana; tal sería, el caso de viviendas que se ubican sobre la calle, banquetas o camellones.

RECORRIDOS SISTEMÁTICOS EN ZONAS RURALES

- Al inicio, se deberán localizar los límites del área de trabajo asignada; generalmente los límites del área de trabajo coinciden con accidentes naturales (cerros, montañas, ríos, arroyos, etc.) o caminos y estructuras fácilmente identificables (cableados de teléfono y electricidad, presas, etcétera). Estos señalamientos facilitarán el trabajo de localización e identificación del área de trabajo.
- En las zonas rurales, no se puede establecer un patrón único de recorrido, por la gran diversidad que presenta la distribución de las viviendas rurales.
- Se pueden localizar las siguientes localidades:



1. Localidades con manzanas bien definidas: Hay que tener presente que aún en las zonas rurales existen localidades que, por su tamaño e importancia, se disponen en manzanas, igual que ocurre en áreas urbanas.
2. Localidades con caserío disperso: realizar el recorrido para elaborar, del interior a la periferia de la localidad. Posteriormente, se procede a dividir la localidad en pequeños conjuntos de viviendas, de acuerdo con rasgos culturales y naturales.
3. Localidades ubicadas a lo largo de una vía de comunicación y en riberas: Se iniciará el croquis dibujando la vía de comunicación sobre la cual se encuentra la localidad, tomando como base las viviendas localizadas a la derecha del camino, y una vez cubierta esa área, se continuará con las viviendas del lado izquierdo.



VARICELA

AGENTE INFECCIOSO

Virus varicela-zoster, un virus ADN que pertenece a la familia de los Herpesvirus.

DISTRIBUCIÓN

Mundial. Tiene predominio en zonas tropicales, se presenta más frecuentemente en invierno y verano.

RESERVORIO

Únicamente el ser humano.

MODO DE TRANSMISIÓN

De persona a persona por contacto directo, por gotitas respiratorias o por diseminación aérea del líquido de las vesículas o de secreciones respiratorias de pacientes con varicela; indirectamente, por objetos recién contaminados con secreciones de las vesículas y las mucosas de las personas infectadas.

PERÍODO DE INCUBACIÓN

De 10 a 21 días posteriores a su exposición.

PERÍODO DE TRANSMISIÓN

Dos días antes de la aparición del exantema hasta que todas las lesiones se encuentran en fase de cicatriz y sin que aparezcan lesiones nuevas por más de 24 horas, lo cual se presenta aproximadamente de los 4 a los 7 días posteriores al inicio del exantema.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Caso probable.- Toda aquella persona con exantema maculo-pápulo-vesicular pruriginoso, el cual puede ser precedido o no por odinofagia, artralgias, mialgias, fiebre, dolor abdominal y/o escalofríos y que haya estado o no en contacto con otros casos durante los 15 días previos.

ACCIONES DE BRIGADA PARA LA ATENCIÓN DE UN BROTE:

- Análisis de la información recibida ante la notificación de uno o varios casos de varicela e indagar sobre su posible asociación epidemiológica.
- Identificar el tipo de conglomerado en el que se sospeche de un brote (prisión, iglesia o templo, internado, albergue, escuela, estancia infantil, etc.) y realizar su geolocalización.
- Hacer del conocimiento del posible brote al personal de la unidad de salud correspondiente, en caso de no ser esta la fuente notificante y hacerlos partícipes de las acciones de promoción, detección, aislamiento, tratamiento y seguimiento de los casos.
- Acudir a la instancia en estudio previa realización de los trámites oficiales correspondientes y presentarse con los directivos y/o comités existentes.



- Definir claramente todas las acciones a realizarse para el manejo y estudio del brote así como el objetivo de estas, procurando responder a todas las dudas del personal.
- Integración del personal, voluntariado y/o comités existentes en cada una de las actividades a realizar previa capacitación de estos.
- Todo personal de salud estará obligado al uso de cubrebocas y guantes o en su defecto deberá de realizar el lavado de manos de acuerdo a los lineamientos.
- Se realizarán las actividades de detección por medio de la aplicación del estudio de brote a todos los integrantes del conglomerado, identificando a los casos probables según la definición operacional, a quien se aplicará el respectivo estudio de caso y referirá a la unidad de salud o servicio médico para su seguimiento.
- Todos los casos que cumplan con definición operacional serán aislados (ver anexo ¿?) del resto de los contactos, o en su defecto suspendidos de manera inmediata y temporal de sus actividades hasta su alta 24 hrs después de que todas las lesiones cutáneas se encuentren en costra y de no presentar fiebre ni alguna otra lesión nueva.
- En el caso que corresponda se realizará la visita al domicilio del caso probable previa georreferenciación de este, identificando así posibles factores de riesgo para el resto de la familia, donde a su vez se harán actividades de promoción acerca de las medidas higiénicas (corte de uñas, cambio de ropa y baño diario, etc.) y de sanitización (ventilación del cuarto del paciente, lavado de ropa y sábanas del paciente, lavado y desinfección de juguetes o utensilios del paciente, etc.) que ayuden a eliminar fómites y prevenir nuevas fuentes de contagio.
- Se indicará evitar la automedicación así como acudir a la unidad de salud o servicio de urgencias más cercano en caso de presentar cualquiera de los signos y síntomas de alarma enumerados en el anexo ¿?.
- Se identificará a todas aquellas personas sin contagio aparente, que cuenten con alguno de los siguientes factores de riesgo para adquirir varicela:
 - ~ Haber estado en contacto los últimos 15 días con un caso sospechoso o probable de varicela.
 - ~ No haber padecido varicela con anterioridad.
 - ~ Antecedentes de inmunosupresión de cualquier tipo.
 - ~ Antecedentes de haber sido transplantado.
 - ~ Hacinamiento.
- Todas estas personas deberán de ser monitoreadas regularmente durante el brote y posterior al alta del último caso por 2 períodos de incubación de la enfermedad (Ver anexo ¿?). En caso de que estas personas llegaran a presentar sintomatología acorde con las definiciones operacionales descritas en este apartado, serán referidas a la unidad de



salud o servicio médico según corresponda, para su vigilancia y tratamiento oportuno en caso de así requerirlo.

- Asimismo se realizará a todos los pacientes en estudio la detección de los factores de riesgo para agravamiento de la enfermedad, tales como:
 - ~ Embarazo.
 - ~ Mayores de 14 años de edad.
 - ~ Menores de 1 año de edad.
 - ~ Inmunodeficiencias.
 - ~ Enfermedades cutáneas diseminadas.
 - ~ Enfermedad pulmonar crónica.
 - ~ Tratamiento con inmunosupresores y esteroides.
 - ~ Presencia de más de 500 lesiones en el primer brote del exantema.
- Ante la presencia de uno o más factores de riesgo, este se deberá referir inmediatamente a la unidad de salud o servicio médico para el seguimiento estrecho de su padecimiento, hasta su alta 24hrs después de no presentar fiebre ni alguna lesión cutánea nueva.
- En el caso de escuelas o estancias infantiles, se implementará un filtro escolar conformado por padres de familia y maestros, quienes se encargaran de limitar el acceso a aquellos niños con manifestaciones de varicela en fase aguda y referirlos a su unidad de salud. Actividades que habrán de realizarse hasta el alta del último caso. Asimismo se hará entrega de las medidas preventivas al director de la escuela para su replicación a maestros y padres de familia.
- Se realizará el respectivo reporte de actividades o nota informativa sobre las acciones emprendidas y/o incidentes desarrollados en el transcurso de estas, que se entregara de manera puntual a los diferentes niveles.



HEPATITIS A

GENERALIDADES

El curso de la enfermedad es repentino, incluyendo fiebre, malestar general, anorexia, náusea y molestias abdominales, apareciendo en pocos días ictericia.

Generalmente en niños es asintomática o leve. El cuadro clínico leve dura de una a dos semanas, y la forma grave, suele ser incapacitante, y persiste por varios meses.

Su periodo de convalecencia suele ser largo hasta de un año, por lo general, sin secuelas o recidivas. La mortalidad ha sido reportada de 0.1 a 0.3%, incrementando en los adultos mayores de 50 años a 1.8%, aquellos con enfermedad crónica hepática conllevan más riesgo de morir. La confirmación es por la presencia de anticuerpos IgM anti – VHA en el suero de los pacientes con cuadro agudo o reciente, estos, son detectables entre los 5 y 10 días posteriores a la exposición viral.

AGENTE INFECCIOSO

Virus de ARN, familia picornaviridae, considerado como *Hepatovirus*.

DISTRIBUCIÓN

Mundial. Esporádica y epidémica.

RESERVORIO

Los seres humanos en predominio; raramente se puede encontrar en chimpancés y otros primates no humanos.

MODO DE TRANSMISIÓN

De persona a persona por vía fecal-oral. Dado que el agente biológico se encuentra en las heces y la cantidad máxima de virus aparece una o dos semanas previas a la sintomatología, disminuyendo velozmente al presentarse la falla hepática o la sintomatología habitual.

En un brote, se asocia, por lo general al consumo de agua o alimentos contaminados que son manipulados por alguien infectado. Raramente se ha asociado en usuarios de drogas intravenosas, por transfusión sanguínea.

PERÍODO DE INCUBACIÓN

Suele ser de 15 a 50 días; con un promedio de 28 hasta 30 días.

PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD

La infectividad máxima, es observada, en la segunda mitad del periodo de incubación, continuando hasta unos pocos días después de la aparición de ictericia o la actividad de la aminotransferasa. Se debe tener en cuenta, que se han registrado casos de presencia viral en lactantes y niños hasta por 6 meses.

DEFINICIONES OPERACIONALES



Caso probable clínicamente de Hepatitis viral: Es toda persona con ictericia y/o elevación sérica de las pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas glutámico-oxalacéticas [TGO]).

Caso confirmado de hepatitis viral: Todo caso probable en que se demuestre mediante estudios de laboratorio la presencia de: aislamiento a partir de cultivos de heces, IgM anti-VHA-positivo.

Brote de hepatitis viral: Significa la presencia de dos o más casos probables o confirmados, asociados entre ellos en tiempo, lugar y persona o con una posible fuente de infección común. Debiendo realizarse el estudio epidemiológico y notificación correspondiente.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- 1) Fomentar en la población sujeta a riesgo, los lineamientos sobre saneamiento básico, higiene de manos, y eliminación de excretas.
- 2) Informar acerca de cómo tratar adecuadamente el agua , y contar ,en lo posible, con sistema de agua potable, o bien, utilizar los métodos químicos disponibles para tratamiento de agua, como uso de cloro, plata coloidal, hervirla, entre otros.
- 3) Se debe utilizar profilaxis con inmunoglobulina en contactos (intrafamiliares o sexuales).
- 4) En lugares como guarderías, asilos, se deben fomentar el lavado de manos adecuado después de cada cambio de pañal, antes de comer, y después de ir al baño. En el caso de la presencia de uno o más casos en un centro educativo o más de dos niños en un mismo hogar, debe considerarse, la aplicación de la inmunoglobulina al personal y niños, además de los contactos del caso. Además de considerar a aplicación de vacuna tanto al personal y personas que concurren al lugar (sitio con notificación de brote).
- 5) Personas que viajen a zonas endémicas, como África, Oriente Medio, Asia, Europa Oriental, y América central y del sur; deben ser inmunizados con vacuna de Hepatitis A o, previo a su traslado. La inmunoglobulina, es ministrada a razón de 0,02 ml/kg de peso o de 2 ml para adultos, en una sola aplicación, en el caso de probable exposición por 3 meses; si, el periodo es mayor hasta por seis meses debe aplicarse a 0,06 ml/kg de peso o 5 ml en adultos.
- 6) Se recomienda la aplicación de Vacuna contra Hepatitis A en personas de riesgo, tales como, personas con prácticas homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas que trabajan con cepas de este microorganismo.
- 8) Ostras, almejas y otros crustáceos provenientes de probables zonas contaminadas, se debe informar que se deben cocinar a temperaturas entre 85 °C a 90 °C (185 °F a 194 °F) por cuatro minutos, o cocinar al vapor durante 90 segundos.

ACCIONES DE CONTROL

- 1) Se debe notificar en tiempo y forma al nivel inmediato superior.
- 2) Aislamiento: en casos confirmados, tomar precauciones de para enfermedades entéricas en las primeras dos semanas de la enfermedad, pero no más de una semana después del comienzo de la ictericia.
- 3) Fomentar saneamiento básico: incluyendo eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.



- 4) Cuarentena: ninguna.
- 5) Inmunización de los contactos: en el término de dos semanas se debe aplicar inmunoglobulina a las dosis ya mencionadas, excepto en aquellos previamente vacunados (mínimo 30 días antes). Es importante, considerar adecuadamente el uso de inmunoglobulina o vacuna en aquellos con factor de riesgo, como personal de guarderías, manipuladores de alimentos infectados o de contacto.
- 6) Se debe investigar la fuente de infección, casos y contactos del brote, así como mantener la vigilancia de posibles nuevos casos
- 7) Tratamiento específico: ninguno.

MEDIDAS DE CONTROL EN EPIDEMIA

- 1) Determinar la forma de transmisión, eliminar la fuente de infección, detectar a la población en riesgo.
- 2) Considerar el uso de la vacuna de Hepatitis A, al inicio de un brote, sobre todo en los grupos de mayor riesgo. Se sugiere la utilización de inmunoglobulina como forma de control en los brotes.
- 3) Reforzar saneamiento básico, higiene de manos manejo adecuado de los alimentos; tratamiento de agua para uso humano.

SITUACIÓN DE DESASTRE

Se puede suscitar un brote exponencial, en el caso de condiciones de hacinamiento (albergues, asilos, refugios temporales) dónde las condiciones de saneamiento básico suelen ser deficientes y con dificultades en el abastecimiento de agua; sin embargo, las medidas preventivas no cambian, se deberán hacer hincapié en mejorar condiciones de saneamiento y tratamiento de agua, así como, el riguroso lavado de manos y la vigilancia estrecha de nuevos casos. Se debe discurrir en la utilización de la inmunoglobulina, para estos casos



ANEXO ¿?

LISTADO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CAMPO

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
CHECK LIST					
INSUMOS					
Laminillas					
Lancetas					
Hisopos rectales					
Hisopos faríngeos					
Tubos rojos					
Jeringas y/o aguja de vacutainer					
Tabla con clip					
Lapiceros					
Viales para toma de muestra (sarampión, tosferina, influenza)					
Contenedores R.P.B.I					
Estuche de diagnóstico					
Esfingomanómetro y estetoscopio					
VESTUARIO					
Chaleco de brigada					
Credencial Institucional					
Zapato cómodo					
Ropa térmica					
Impermeables					
Botas impermeables					
MEDICAMENTOS					
Sobres de vida suero oral					
Doxiciclina (vibramicina)					
Eritromicina cáps. /tab.					
Eritromicina susp.					
Trimetroprim/ sulfametoxazol tab.					
Trimetroprim/ sulfametoxazol susp.					
Cloroquina tabletas					
Paracetamol tab.					
Paracetamol susp. o Gts.					
Hidrocortisona 100mg					
Hidrocortisona 500mg					
MATERIAL DE CURACIÓN					
Cubrebocas					
Guantes de látex no estériles					
PAPELERÍA					
Formatos de caso					
Formatos diario de estudio de caso					
Formatos de estudio de brote					
Consentimientos informados					
NÚMEROS TELEFÓNICOS					
Protección civil					
Rescate					
Servicio Paramédico					
Autoridades municipales de salud					
EQUIPO DE RADIOLocalización FUNCIONAL					



ANEXO ¿?

AISLAMIENTO

Podemos idear el aislamiento como el conjunto de procedimientos que permite la separación de pacientes infectados de los huéspedes susceptibles, durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, en condiciones que permitan cortar la cadena de transmisión de la infección (11). Éste cuenta con las características de ser electivo, no ser invasor, es insustituible, no requiere valoración médica y puede desarrollarse en cualquier sitio (12). Además este involucra a todos los contactos y personal sin conocimientos médicos, lo que permite su adecuada implementación, seguimiento y conclusión, asimismo con la adecuada capacitación garantizará la intervención inmediata, de esta manera controlando el desarrollo de un inminente brote.

El tipo y las condiciones del aislamiento, se definen según la vía de transmisión de la enfermedad en estudio, pudiendo ser esta:

- a) **Por Contacto (ver tabla 1).**- Es el modo más importante y frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales. Se divide en dos subgrupos:
 - **Contacto directo.**- Implica contacto entre la superficie corporal de una persona infectada o colonizada con un huésped susceptible (por ejemplo al movilizar un paciente, bañarlo o cualquier actividad que conlleve un contacto personal directo).
 - **Contacto indirecto.**- Supone el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermedio contaminado, normalmente inanimado (instrumentos, agujas, vendajes, guantes no cambiados entre, etc.).
- b) **Por Gotitas (ver tabla 2).**- Es la transmisión generada por una persona al toser, estornudar o hablar durante los procedimientos, depositando las gotas expelidas en la conjuntiva, boca o mucosa nasal. Su tamaño es mayor a 5 μm y no se desplaza a más de un metro.
- c) **Por Vía Aérea (ver tabla 3).**- La transmisión ocurre por la diseminación de núcleos de gotas de tamaño igual o menor de 5 μm que permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, pueden inhalarse en el mismo espacio o a largas distancias.

MEDIDAS GENERALES DE AISLAMIENTO:

Se deben aplicar a todos los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, así como aquellos con algún tipo de inmunosupresión, estas constan de lo siguiente (11,12):

- **Habitación o cubículo del paciente:**
 - ~ Debe ser individual, contar con adecuada ventilación e iluminación.
 - ~ Cuando lo anterior no sea posible, ésta se debe compartir con pacientes infectados por el mismo germe y/o ubicarlos a una distancia no menor de un metro.



- ~ Preferentemente debe de incluir lavamanos, toallas de papel, sanitario y sitio para guardar la ropa.
- ~ Siempre se mantendrá cerrada la puerta.

• Lavado de manos:

- ~ Debe realizarse antes y después de estar en contacto directo con el paciente, con secreciones o líquidos corporales o con elementos contaminados y después de quitarse los guantes.

• Guantes:

- ~ Éstos se deben cambiar entre procedimientos y después del contacto con el material que tenga alta concentración de microorganismos.

• Mascarillas y gafas:

- ~ Utilizados en la realización de procedimientos que generan salpicadura o aerosoles de líquidos o secreciones corporales en ojos, piel y/o mucosas. Éstos deben cubrir nariz y boca.

• Ropa contaminada del paciente:

- ~ Debe manipularse con guantes, depositarse en la bolsa destinada para tal fin y enviarse a la lavandería especificando su contenido.

• Batas y delantales:

- ~ Son usados durante el contacto directo con pacientes que tengan microorganismos epidemiológicamente infectantes; preferiblemente deben ser impermeables y deben desecharse o enviarse a esterilizar.

• Desinfección de la habitación y equipos:

- ~ Debe hacerse de acuerdo con las recomendaciones de la guía de técnica aséptica.

• Manejo de desechos hospitalarios:

- ~ De acuerdo con el protocolo institucional.

• Objetos inanimados como libros, revistas y juguetes:

- ~ Deben desinfectarse o destruirse en caso de contaminación. Evitar que las historias clínicas y radiografías estén en contacto con secreciones del paciente.

• Vajilla:

- ~ Deben de recogerse al final y no necesita ninguna precaución especial. El agua caliente y los detergentes usados son suficientes.

• Traslado de pacientes:



- ~ Es importante limitar el traslado y transporte del paciente infectado para reducir la transmisión de microorganismos en el hospital; cuando sea necesario trasladarlo, se deben informar las medidas de manejo y colocar las barreras de protección al personal y/o al paciente según el tipo de aislamiento que requiera (mascarilla y guantes, entre otros).

- Ventilación mecánica:

- ~ Nunca boca a boca o boca a tubo.

- Cumplimiento de las normas internas del sitio de trabajo:

- ~ No comer en el sitio de trabajo, no fumar, no usar anillos, pulseras y/o cadenas durante los procedimientos; mantener el cabello recogido; evitar el uso de esmalte en las uñas de las manos.

- Información al paciente y a la familia:

- ~ Una vez se decida instaurar el aislamiento, se debe asegurar que el paciente y/o su familia lo entiendan, lo respalden y lo obedecen.

- Visitas:

- ~ Deben restringirse y estas deben adoptar las medidas de protección indicadas por el personal hospitalario. Marcando como obligatorio el uso de bata así como el lavado de manos antes de salir de la habitación¹².



ANEXO ¿?

TABLA 1. INDICACIONES, MATERIAL INFECTANTE Y TIEMPO DE AISLAMIENTO DE PRECAUCIONES POR CONTACTO

Patología	Material infectante	Tipo de aislamiento
Infecciones o colonizaciones por gérmenes multiresistentes.	Secreciones	Hasta terminar la antibioticoterapia y tener dos hemocultivos negativos.
Infecciones gastrointestinales. por Clostridium, Shigella sp.difficile, E. coli,	Heces, secreciones.	Hasta tener coprocultivos negativos.
Hepatitis A, E, Rotavirus	Heces	Una semana después de la ictericia.
Infecciones por virus respiratorio: sincitial, parainfluenza o enterovirus	Secreciones nasofaríngeas, heces.	Hasta cuando termine la enfermedad.
Infecciones de piel altamente contagiosa		
Difteria cutánea	Lesiones cutáneas	Hasta terminar la antibioticoterapia y tener dos cultivos negativos
Herpes simple neonatal Secreción respiratoria		Hasta 14 días y tener dos cultivos negativos 24 horas después de terminada la antibioticoterapia
Impétigo	Lesiones cutáneas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioticoterapia
Forunculosis por Estafilococo	Secreción cutánea	Hasta cuando termine la enfermedad.
Abscesos	Secreciones	Duración de la enfermedad
Pediculosis	Piojo vivo	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.
Escabiosis	Ácaro	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.
Conjuntivitis viral o gonocóccica.	Secreción ocular.	Hasta cuando termine la enfermedad.
Fiebres hemorrágicas, ébola lassa, marburgo.	Secreciones sanguíneas orofaríngeas, semen.	Hasta tener hemocultivos negativos

*FUENTE: Cuervo Polanco. Técnicas para el aislamiento hospitalario. Fundación Santa fe de Bogotá. Colombia. 2010.
http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Tecnicas_para_el_aislamiento_hospitalario.pdf



TABLA 2. INDICACIONES, MATERIAL INFECTANTE Y TIEMPO DE AISLAMIENTO DE PRECAUCIONES POR GOTAS

Patología	Material Infectante	Tiempo de Aislamiento
Enfermedades por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (sepsis, meningitis, neumonía, epiglotitis).	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioticoterapia.
Enfermedades por <i>Neisseria meningitidis</i> (meningitis, neumonía, sepsis)	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioticoterapia.
Difteria faríngea activa.	Secreciones faríngeas.	Hasta terminar la antibioticoterapia
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>.	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta 10 días después de iniciado el tratamiento.
Bacteremia, neumonía y/o meningitis por meningococo.	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.
Tosferina	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta siete días después de iniciado el tratamiento.
Faringitis por Estreptococo B hemolítico del grupo A.	Secreciones nasales, faríngeas y sanguíneas.	Hasta terminar la antibioticoterapia y tener dos hemocultivos negativos.
Fiebre escarlatina.	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta dos días después de iniciado el tratamiento
Parvovirus B 19.	Secreciones nasales y faríngeas.	Durante toda la hospitalización.
Infecciones virales como influenza.	Secreciones nasales y faríngeas.	Hasta cuatro días después del inicio de signos y síntomas.
Adenovirus	Secreciones nasales y faríngeas, heces.	Durante la hospitalización.
Rubeola	Secreciones nasales, faríngeas, orina, sangre y heces.	Hasta cuatro días después de iniciado el exantema.
Rubeola congénita	Secreciones nasales, faríngeas, orina, sangre y heces.	Durante cualquier hospitalización hasta cumplir un año de edad.
Parotiditis	Secreciones salivares.	Hasta nueve días después del inicio edema glandular.

*FUENTE: Cuervo Polanco. Técnicas para el aislamiento hospitalario. Fundación Santa fe de Bogotá. Colombia. 2010.
http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Tecnicas_para_el_aislamiento_hospitalario.pdf



TABLA 3. INDICACIONES, MATERIAL INFECTANTE Y TIEMPO DE AISLAMIENTO DE PRECAUCIONES POR AEROSOL

Patología	Material Infectante	Tiempo de Aislamiento
Cuadro clínico de brotes vesículo/máculopapular con coriza y fiebre		
Sarampión	Secreción nasofaríngea	Hasta seis días después de iniciado el tratamiento y aparecido el brote cutáneo
Varicela	Secreción respiratoria y lesiones dérmicas.	Hasta cuando todas las lesiones tengan costra
Herpes Zóster	Secreción salivar o vesiculopapular	Hasta 24 horas después de terminada la terapia medicamentosa y las lesiones tengan costra.
Tuberculosis pulmonar activa y laríngea	Secreción nasofaríngea	Tres semanas después de haber iniciado el tratamiento antimicrobiano
Pacientes VIH positivos con cuadro de fiebre e infiltrado pulmonar	Secreción nasofaríngea	Hasta cuando se descarte tuberculosis
Tos ferina	Secreción nasofaríngea	Hasta cinco días después de iniciada la antibioticoterapia

*FUENTE: Cuervo Polanco. Técnicas para el aislamiento hospitalario. Fundación Santa fe de Bogotá. 2010.
http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Tecnicas_para_el_aislamiento_hospitalario.pdf



ANEXO ¿?

PERÍODOS DE INCUBACIÓN Y TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA.

ENFERMEDAD	PERÍODO DE INCUBACIÓN	PERÍODO DE TRANSMISIÓN
Brucelosis	1 a 6 semanas.	Puede prolongarse hasta por 180 días.
Chagas	De 5 a 14 días después de la picadura del insecto vector; en los casos producidos por transfusión de sangre, de 30 a 40 días.	Desde la fase aguda de la enfermedad, y pueden persistir en números muy bajos durante toda la vida de las personas sintomáticas y asintomáticas
Cólera	De horas a 5 días.	Hasta unos días después de la curación de la enfermedad. Portadores incluso meses.
Dengue	De 3 a 10 días.	De 2 a 7 días iniciada la fiebre.
Hepatitis A	15 a 50 días, promedio 28 días.	Desde la segunda mitad del período de incubación hasta algunos días después del comienzo de la ictericia.
Hepatitis B	De 45 a 160 días, 120 en promedio.	Toda la vida del paciente.
Hepatitis C	1-6 meses	Toda la vida del paciente.
Influenza	De 1 a 7 días.	Hasta 5 días del inicio de los síntomas.
Leptospirosis	1 a 2 semanas, aunque se conocen casos con incubación de solo 2 días y de más de 3 semanas.	Hasta 11 meses después de la enfermedad aguda.
Paludismo	De 7 a 15 días.	<i>P. malarie</i> : >3 años. <i>P. vivax</i> : 1-2 años. <i>P. falciparum</i> : <1 año.
Poliomielitis	1 a 2 semanas.	7 a 10 días existiendo variaciones entre 3 a 35 días.
Rabia	De 6 a 270 días.	Hasta 10 días antes del inicio de síntomas.
Rickettsiosis	3 a 14 días.	No se transmite de persona a persona. La garrapata permanece infectante toda su vida.
Rotavirus	De 2 a 4 días.	Días previos al inicio de síntomas hasta 10 días posteriores. En cuadros graves hasta 2 meses.
Rubeola	De 14 a 21 días.	Una semana antes y cuatro días después de comenzar el exantema.
Sarampión	De 7 a 21 días (promedio 14 días).	4 días antes y 4 días después de aparecido el exantema.
Tétanos en el adulto	3 a 21 días, en promedio 10 días.	No se transmite directamente de una persona a otra.
Tos ferina	De 6 a 20 días a partir del contagio.	De 1 a 6 semanas del inicio de los síntomas, con reducción progresiva.
Varicela	10 a 21 días.	2 días antes de la aparición del exantema hasta que todas las lesiones se encuentran en fase de cicatriz (aproximadamente de los 4 a los 7 días posteriores al inicio del exantema).
VIH	3 meses.	En el transcurso de semanas a meses después de la infección por el virus.

Bibliografía: Fichas Técnicas de Enfermedad de Notificación Inmediata. Departamento de Epidemiología, SSM. 2014. Guías de Referencia Rápida del CENETEC.



ANEXO ¿?

SIGNOS DE ALARMA PARA LOS PACIENTES CON VARICELA.

ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD O SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR
CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- ✓ Alteración del estado de alerta.
- ✓ Parálisis.
- ✓ Falta de coordinación en los movimientos.
- ✓ Signos vitales anormales.
- ✓ Crisis convulsivas.
- ✓ Signos de irritabilidad meníngea (rigidez de nuca y vómitos en proyectil).
- ✓ Aparición de vesícula en la punta de la nariz (signo de Hutchinson.- Sugerente de herpes Zoster oftálmico)
- ✓ Deshidratación.
- ✓ Reinfección por varicela.
- ✓ Fiebre mayor de 38 °C que persiste por más de 4 días.
- ✓ Fiebre de más de 40 °C.
- ✓ Reaparición de fiebre después de un período de 24 hrs de haber remitido.
- ✓ Hemorragia por cualquier vía.
- ✓ Edad menor a un mes.
- ✓ Coloración amarilla de la piel, ojos y boca (ictericia).
- ✓ Intolerancia a la vía oral por vómito o dolor a la deglución.
- ✓ Paciente con inmunosupresión aguda (quimioterapia, radioterapia, inmunosupresores orales o tópicos) y crónica durante el período de incubación de la varicela.
- ✓ Paciente con antecedentes de padecimientos crónicos controlados: onco-hematológicos, transplantados, VIH-SIDA, desnutrición, cirrosis, insuficiencia renal, diabetes, padecimientos del corazón, enfermedades de los pulmones y utilización de anticoagulantes.
- ✓ Disminución súbita de la agudeza visual, dolor ocular, intolerancia a la luz (fotofoia), hemorragia ocular.
- ✓ Dolor abdominal.
- ✓ Pacientes con tumoración de la piel, supuración, dolor y moretones (equimosis).
- ✓ Desarrollo de la enfermedad inmediatamente después de la aplicación de la vacuna.



ANEXO ¿?

ESCALA DE RIESGO DE VARICELA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CARACTERÍSTICA POSITIVA
PRESENTACIÓN LEVE	
Sin antecedente de vacunación	
Enfermedades cutáneas (dermatitis)	
EPOC	
Desnutrición	
PRESENTACIÓN GRAVE	
Menor de 1 año	
Prematuros	
Mayor de 14 años y adultos	
Síntomas respiratorios	
Embarazo	
Signos neurológicos (ataxia cerebelosa y encefalitis), en niños	
Neumonía	
Uso de corticoesteroides	
Adultos sin varicela previa	
Más de 500 lesiones	
Reinfección por varicela	
Fiebre mayor a 37.8°C/ más de 4 días	
Reaparición de fiebre, posterior a remisión más de 24 horas.	
Síndrome doloroso abdominal agudo	
Datos de sangrado (Cualquier nivel)	
RIESGO DE MORTALIDAD	
Embarazo y neumonía	
Inmunodeficiencias primarias y secundarias	
Signos neurológicos (ataxia cerebelosa y encefalitis) en mayores de 14 años y adultos	
SIDA	
Niños con VIH	
Uso de aspirina (Encefalopatía por Síndrome de REYE)	
Antecedente cáncer (presente)	
Fiebre mayor a 40.6°C	
En caso de presentación de signos clínicos de presentación grave (más de 2 signos), acudir de inmediato al centro de salud correspondiente y, en caso de riesgo de mortalidad (1 o más signos) derivar a segundo o tercer nivel.	

Escala documentada en base a: Chickenpox in adults Clinical management Journal of Infection (2008) 57, 95 a 102; Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto, Rev. Chilena Infectología 2003, S41-S46; Epidemiología y Situación Actual Vacunas: Características y Eficacia/Efectividad Recomendaciones de Vacunación y sus Implicaciones en Salud Pública, Mayo 2005, Ministerio de Sanidad y Consumo, Guía de referencia rápida: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la varicela infantil en el primer nivel de atención, http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/129_GPC_VARICELA/Issste_128_08_grr_varicela.pdf



GLOSARIO:

- **Aislamiento:** Separación de personas o animales infectados o potencialmente infectados; durante el periodo, en que una enfermedad, es contagiosa; en lugares y bajo condiciones, tales, que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas o animales susceptibles.
- **Agente:** entidad biológica, física, química, psicológica o social, que al conjuntarse con otros factores de riesgo del huésped y del ambiente, es capaz de causar daño a la salud.
- **Asociación epidemiológica:** es la ocurrencia de dos o más casos que comparten características epidemiológicas: tiempo, lugar y persona.
- **Brote:** ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí o el aumento en el número de casos esperados.
- **Caso:** individuo que en un tiempo y espacio, es objeto de investigación por una enfermedad o evento.
- **Caso compatible:** individuo que comparte características de un caso, pero no es posible precisar su diagnóstico por algún defecto en la vigilancia.
- **Caso confirmado:** Individuo (caso), que se corrobora la enfermedad o evento mediante estudios auxiliares o que no requiere lo anterior pero presenta la sintomatología del padecimiento o evento e estudio, además de evidencia epidemiológica (tiempo, lugar...).
- **Caso descartado:** caso sospechoso o probable, en el cual se descarta el evento por procedimientos auxiliares. Individuo que no requiere exámenes adicionales pero presentó sintomatología propia de otro padecimiento o evento diferente al vigilado, en estos, se obtiene o no confirmación etiológica de su padecimiento. Aquel que no cumple con los criterios de caso probable (si es sospechoso) o confirmado (si es probable).
- **Caso probable:** refiere signos o síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo vigilancia.
- **Caso sospechoso:** persona en riesgo, que por situación epidemiológica, es susceptible y presenta sintomatología inespecífica de la enfermedad o evento bajo vigilancia.
- **Control:** aplicación de medidas utilizadas con la finalidad de disminuir la incidencia de una enfermedad en vigilancia.
- **Contacto:** persona o animal que ha estado en relación directa o indirecta con alguien infectado, o ambiente contaminado, y con la posibilidad de contraer la infección o enfermedad o evento.
- **Contagio:** transmisión de una infección directa o indirectamente.
- **Contaminación:** presencia de un agente causal, en cualquier vehículo u objeto.
- **Contingencia:** situación que puede o no suceder.
- **Defunción:** cese de los signos de vida en cualquier momento y espacio, después del nacimiento, por lo que se excluyen muertes fetales.
- **Desastre:** Evento en estudio que rebasa de manera súbita o repentina, la capacidad de respuesta del sistema de servicios de salud; provocado por fenómenos geológico-hidrometeorológicos, sociales, físico-químicos o ecológico-sanitarios.
- **Eliminación:** ausencia de casos, aún cuando permanezca el agente causal.



- **Emergencia:** evento de nueva aparición o reaparición.
- **Emergencia epidemiológica:** evento de nueva aparición o reaparición, que representa un potencial daño a la salud, y que por su magnitud o trascendencia requiere acciones inmediatas.
- **Endemia:** presencia constante o prevalencia habitual de casos de una enfermedad o agente infeccioso, en una población, y área geográfica determinada.
- **Enfermedad:** perdida de la homeostasis o disfunción fisiológica, psicológica o social, en un individuo, que se identifica por los signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.
- **Enfermedad infecciosa:** manifestación de una infección en un organismo susceptible.
- **Enfermedad transmisible:** enfermedad secundaria a un agente infeccioso o tóxico, que transmite el agente o los productos del mismo a un huésped susceptible, procedente de persona o animal, o indirectamente por conducto de una planta o animal huésped intermediario, de un vector o ambiente inanimado, capaz de transmitirlo a otro individuo o animal.
- **Enfermo:** referente a quién padece una enfermedad.
- **Epidemia:** aumento en la frecuencia esperada de cualquier daño a la salud en el ser humano, durante un tiempo y un espacio determinados. En algunos padecimientos la ocurrencia de un solo caso se considera epidemia.
- **Eradicación:** se le considera a la desaparición en un tiempo determinado, tanto de casos de enfermedad como del agente causal.
- **Estudio epidemiológico:** investigación del proceso salud-enfermedad del cual se obtiene información epidemiológica de casos, brotes y situaciones de interés epidemiológico.
- **Evento:** suceso imprevisto y de cierta duración, asociado o no, a un riesgo para la salud.
- **Factor de riesgo:** atributo o exposición de una persona, población o medio ambiente, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución desfavorable del mismo.
- **Morbilidad:** es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
- **Mortalidad:** al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
- **Notificación:** a la acción de informar al nivel inmediato superior acerca de la presencia de padecimientos o eventos de interés epidemiológicos.
- **Unidad de vigilancia epidemiológica:** a todas las dependencias y grupos de trabajo que, con base en sus atribuciones institucionales, coordinan y realizan sistemáticamente actividades de vigilancia epidemiológica.
- **Urgencia epidemiológica:** al evento que, por su magnitud o trascendencia, requiere la inmediata instrumentación de acciones.
- **Vigilancia convencional:** a la información numérica obtenida a través del Sistema Único automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.



- **Vigilancia epidemiológica especial:** a la que se realiza en padecimientos y riesgos potenciales a la salud que por su magnitud, trascendencia o vulnerabilidad requieren de información adicional, así como de la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control.