

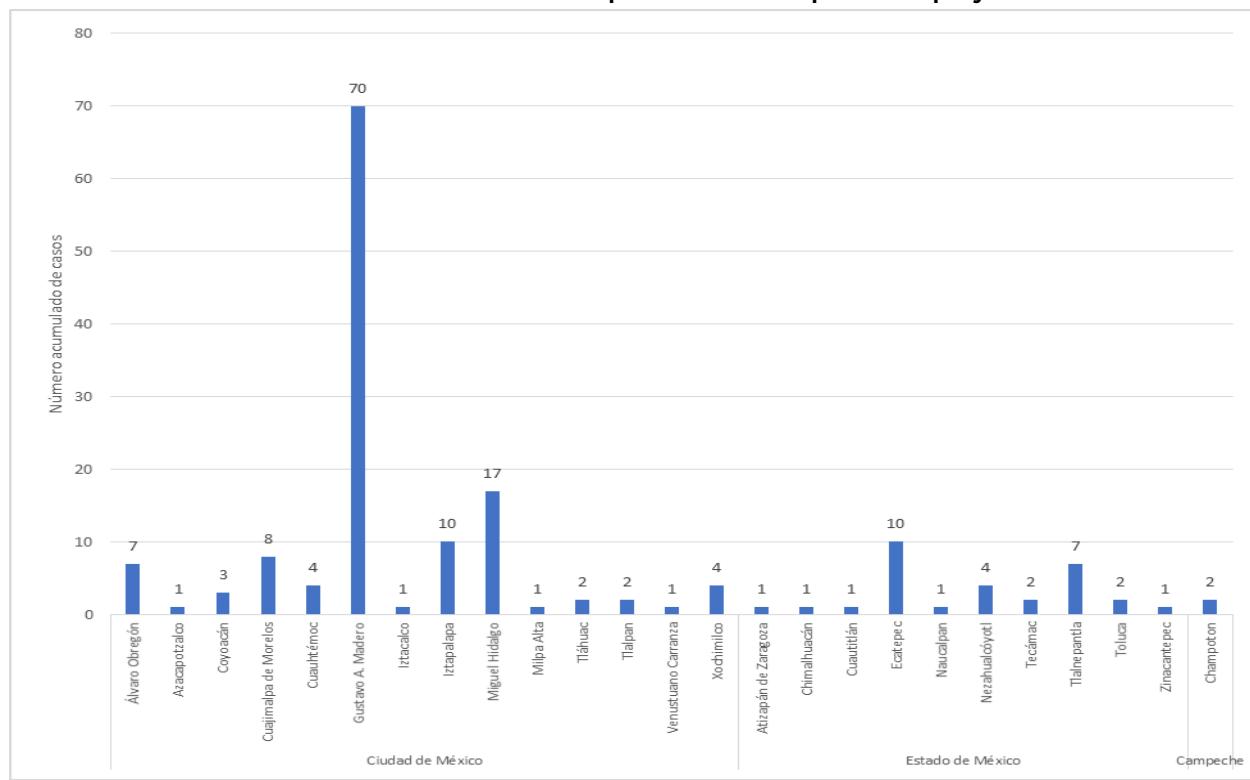
Ciudad de México a 01 de mayo de 2020

Boletín Informativo No. 4 sobre Situación actual del Brote por Sarampión, México 2020.

I. Número de casos confirmados y distribución

Con fecha de corte al 01 de mayo de 2020, se han contabilizado 163 casos confirmados de sarampión. 131 de estos casos (80.4%) se concentran en la Ciudad de México, 30 (18.4%) en el Estado de México y dos casos en el estado de Campeche (1.2%). En la Ciudad de México los casos se distribuyen en 14 de sus 16 alcaldías; en el Estado de México en 10 de sus 125 municipios y en Campeche en 1 de sus 11 municipios (Gráfico 1). El mayor número de casos identificados se concentra en las alcaldías del norte de la Ciudad de México y en municipios del Estado de México colindantes de esta zona.

Gráfico 1. Número de casos de sarampión confirmados por municipio y estado.

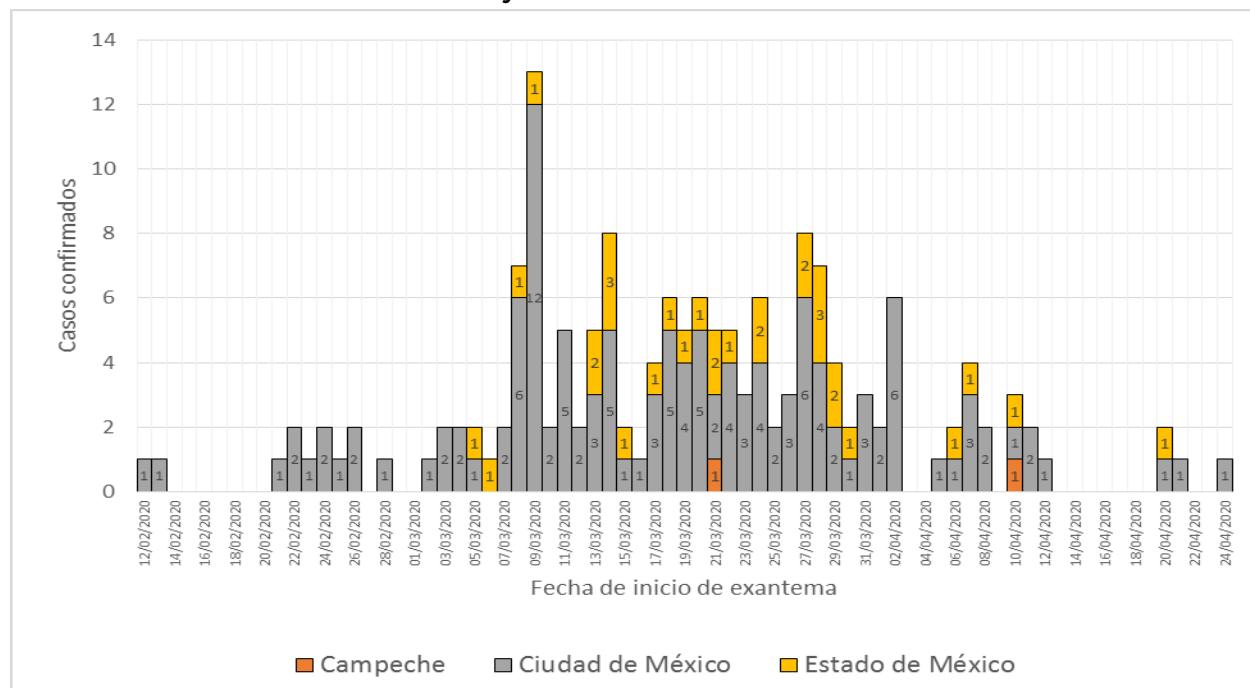


II. Comportamiento del brote según el inicio de exantema.

El primer caso confirmado identificado inició con exantema el día 23 de febrero, a partir de este caso y derivado de la investigación de brote, se localizaron y confirmaron dos casos adicionales con inicio de exantema el 12 y 13 de febrero (Gráfico 2). Hasta el día 01 de mayo se han identificado 163 casos confirmados, con un pico máximo por inicio de exantema en la semana epidemiológica 11, en la que se presentaron 42 casos confirmados, siendo el 8 de marzo el día con mayor registro de casos por inicio de exantema (13 casos con inicio de exantema ese día) (Gráfico 2 y 3). De los 9 casos confirmados durante la última semana, 4 corresponden a la Alcaldía de Gustavo A. Madero en la CDMX, mientras que los 5 restantes se presentaron en los municipios de Ecatepec (2), Cuautitlán (1), Nezahualcóyotl (1) y Tlalnepantla (1) en el Estado de México.

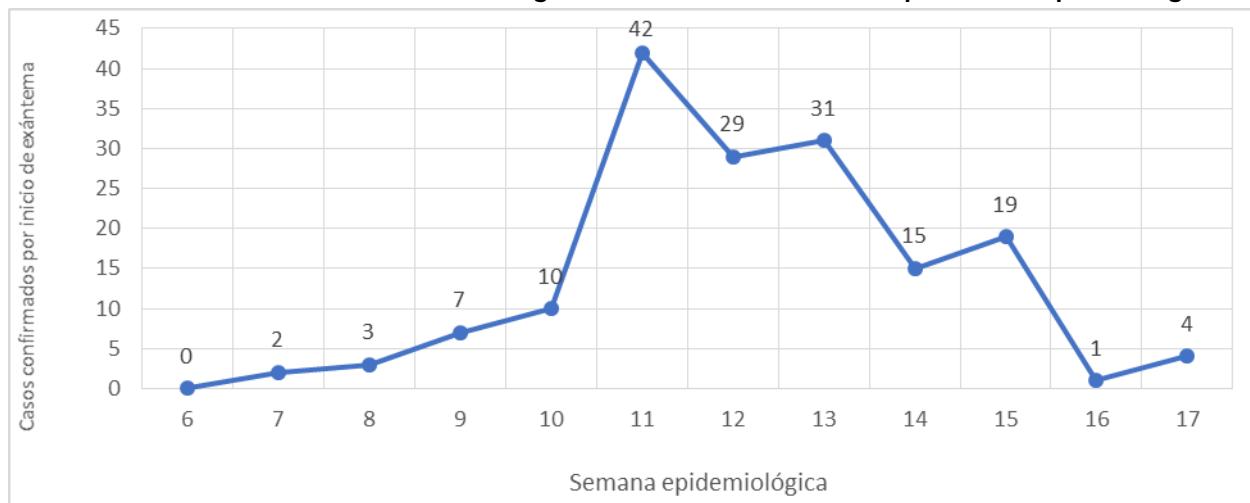


**Gráfico 2. Número de casos confirmados según el día de inicio de exantema
y Entidad de residencia.**



Considerando las fechas de inicio de exantema, a partir la semana epidemiológica 11 el número de casos confirmados identificados semanalmente ha ido en decremento. Los datos preliminares, muestran un incremento en el número de casos en la semana 17 (4 casos), respecto de la semana previa (1 caso) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de casos confirmados según el día de inicio de exantema por semana epidemiológica.

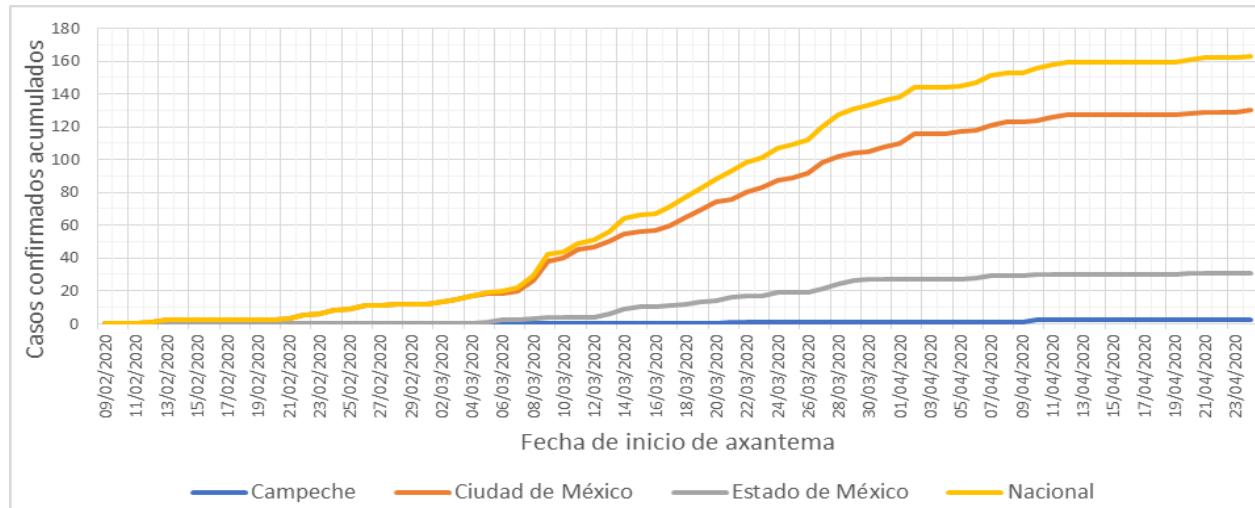


La curva de casos acumulados por inicio del exantema muestra un periodo inicial de aceleración lenta que va del 12 de febrero al 7 de marzo, a partir de entonces el número de casos confirmados se incrementa con mayor velocidad hasta aproximadamente el 29 marzo, fecha en la que inicia una aparente desaceleración que se mantiene hasta el 16 de abril (Gráfico 4). Si bien este periodo de desaceleración puede estar influido por las



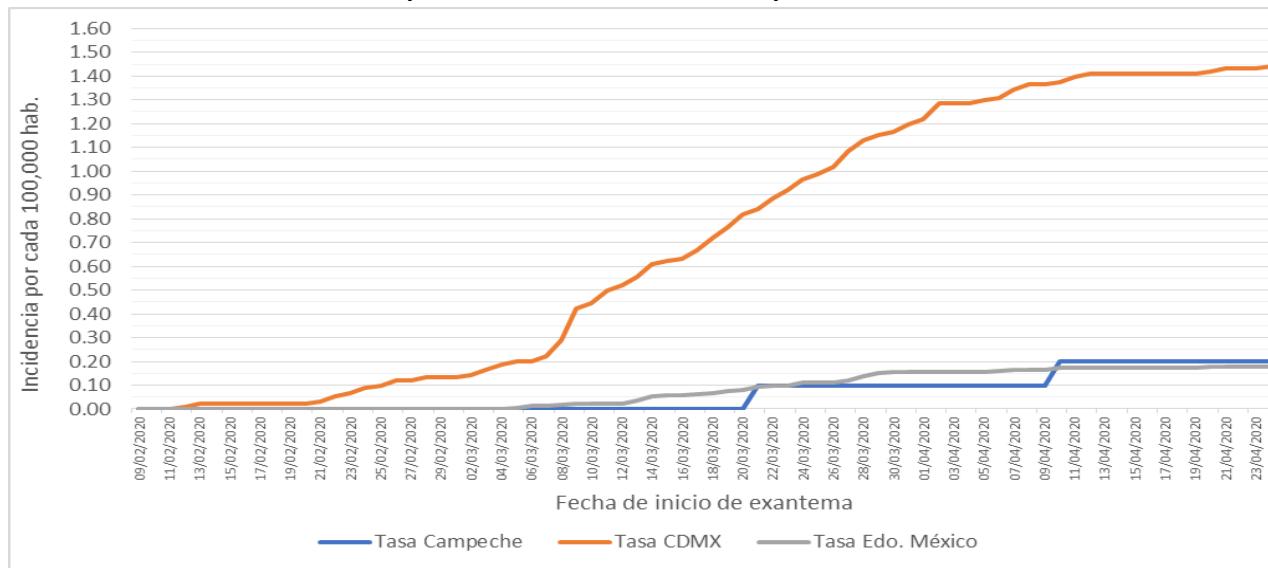
medidas de contención del brote implementadas por las autoridades sanitarias de los estados afectados, la existencia de inmunidad de rebaño así como por las medidas de distanciamiento social implementadas en el contexto de la pandemia de SARS-COV-2, existe un riesgo importante de incremento de casos 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 4. Curva de casos confirmados acumulados por estado según fecha de inicio de exantema.



La mayor incidencia acumulada la presenta la ciudad de México, con 1.44 casos por cada 100,000 habitantes, seguido por el Estado de México con 0.18 casos por cada 100,000 habitantes; campeche tiene una incidencia acumulada al momento de 0.20 casos por cada 100,000 habitantes (Gráfico 5).

Gráfico 5. Curva de incidencia por fecha de inicio de exantema para cada uno de los estados afectados.



*Fuente de estimación de población al 2020: CONAPO. Indicadores demográficos de México de 1970 a 2050.



III. Características de los casos confirmados

a. Sexo y edad

De los 163 casos confirmados hasta el momento, 94 (58%) son hombres y 69 (42%) mujeres (Gráfico 6), esta distribución por sexo ha sido similar para la Ciudad de México y para el Estado de México (Grafico 7).

Gráfico 6. Porcentaje de casos confirmados por sexo.

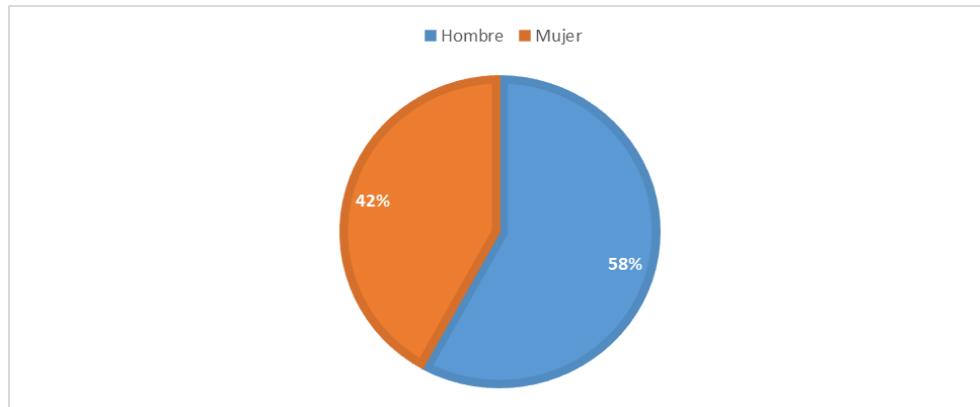
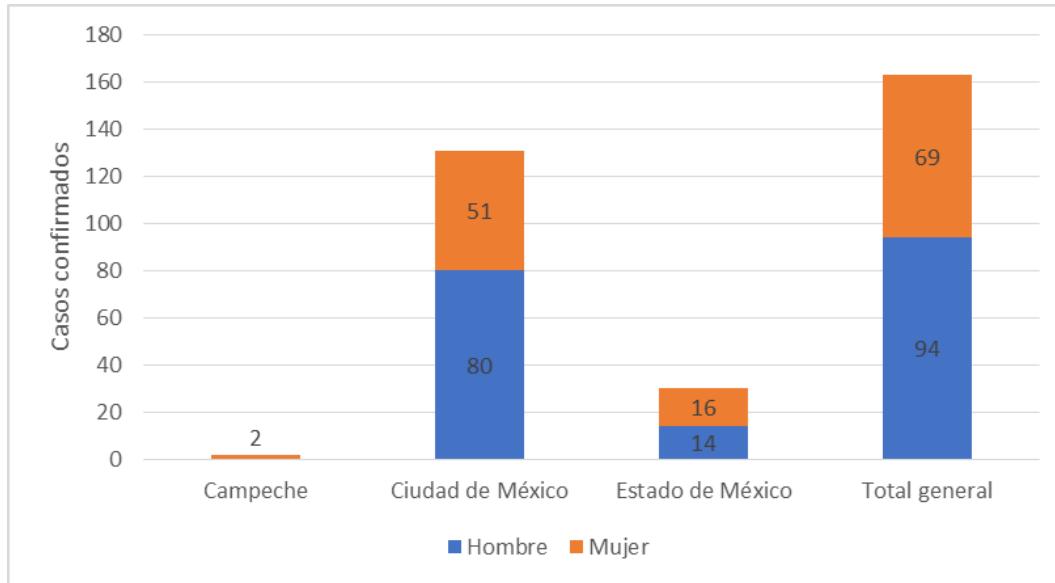


Gráfico 7. Número de casos confirmados por sexo y estado de residencia.



La mayor parte de los casos se ha presentado en el grupo de edad de 20 a 39 años, en donde se contabilizan 64 casos hasta el momento (39%). La población menos afectada hasta el momento se encuentra entre los mayores de 50 años, situación que está relacionada a que este grupo de población cuenta con una alta probabilidad de haber padecido la enfermedad en su infancia o haber sido vacunados durante campañas de vacunación pasadas. En los niños y niñas menores de un año se han presentado 19 casos (12%); es pertinente recordar que los niños y niñas de este grupo de edad son susceptibles de contraer la enfermedad ya que la primera dosis de vacuna contra el sarampión se encuentra programada para ser aplicada al cumplir el primer año, además, en este grupo de edad existe mayor probabilidad de desarrollar complicaciones derivadas del sarampión (Gráficos 8 y 9).



Gráfico 8. Número de casos e incidencia por grupos de edad y sexo.

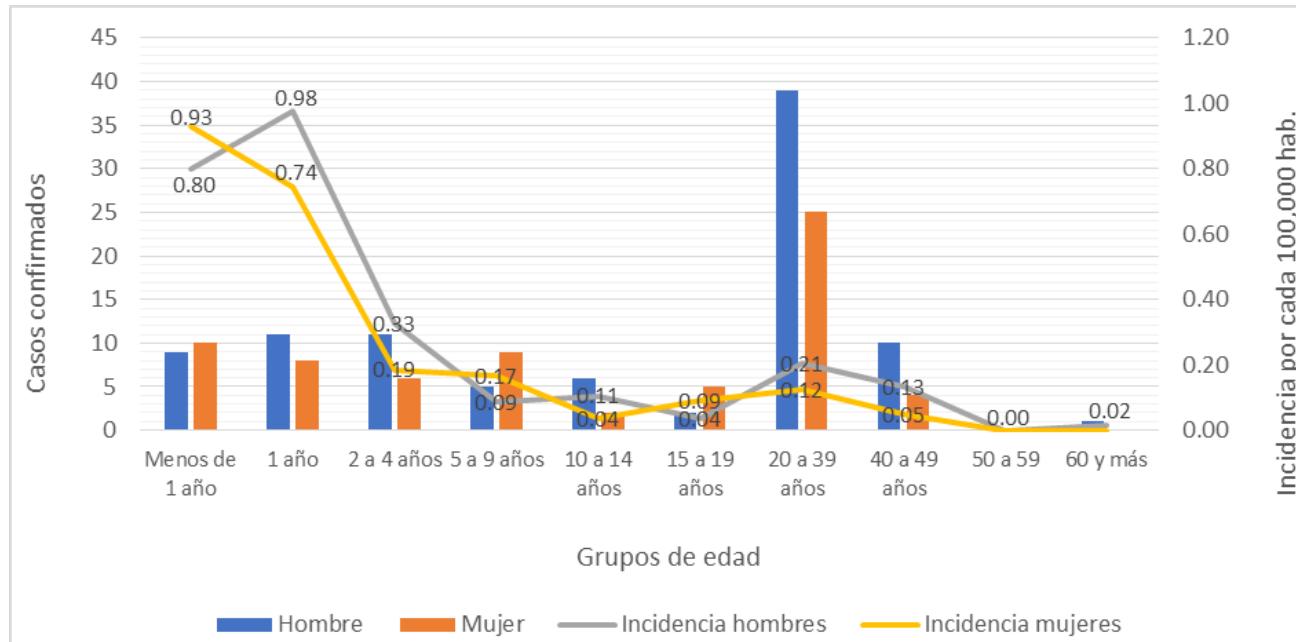
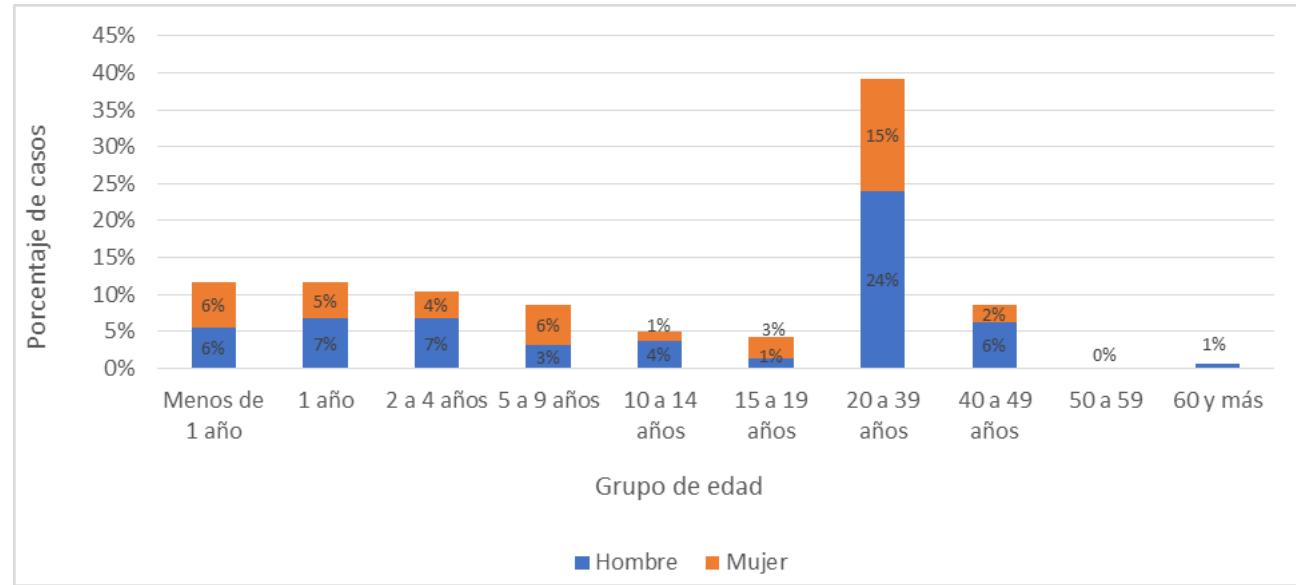


Gráfico 9. Porcentaje de casos por sexo y grupo de edad.



b. Institución

De los 163 casos confirmados registrados, el 72% ha sido identificado en unidades de SSA, 24% del IMSS y un 4% del ISSSTE (Gráficos 10 y 11).



Gráfico 10. Porcentaje de casos confirmados registrados por institución.

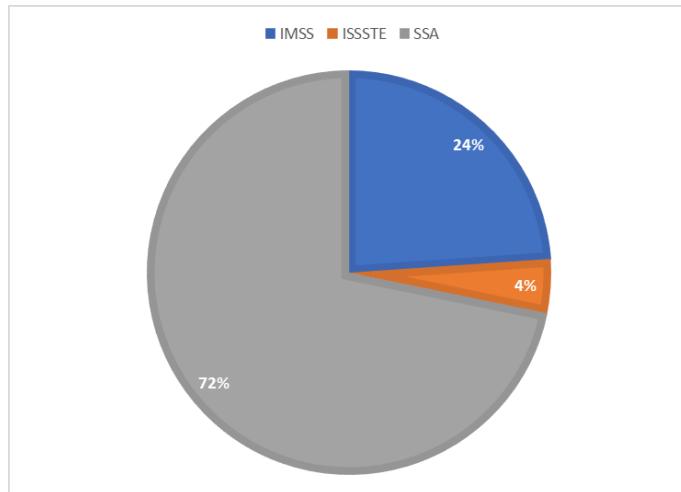
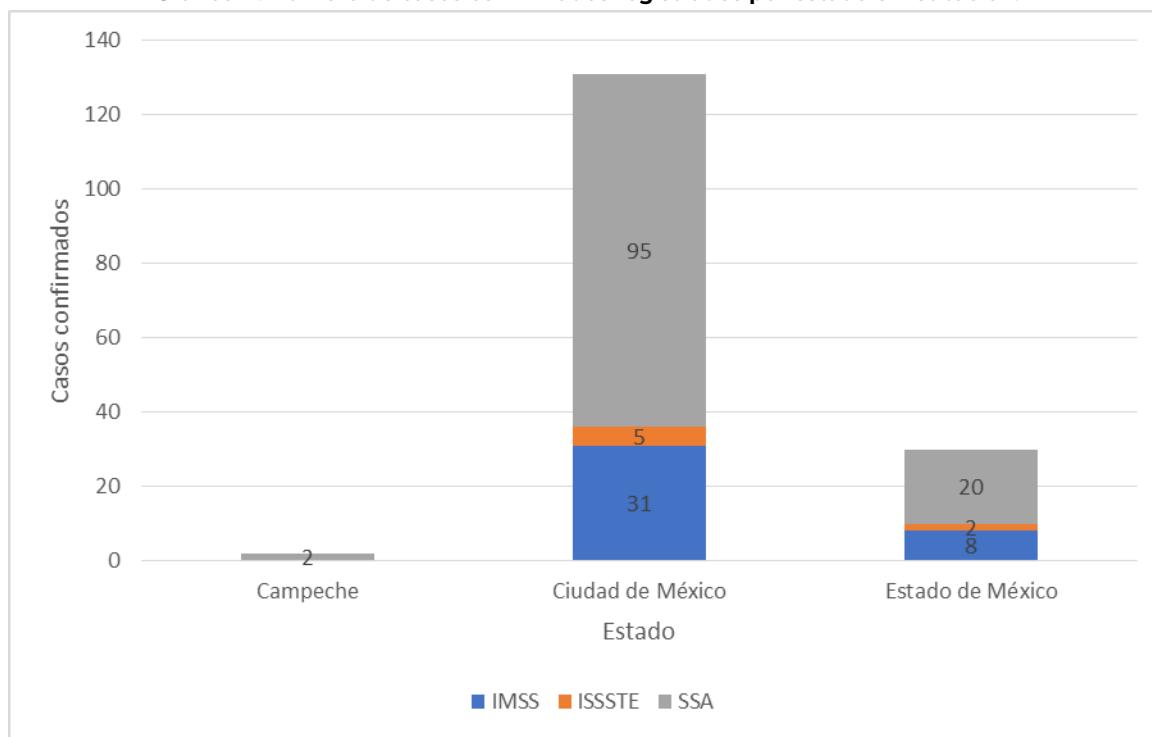


Gráfico 11. Número de casos confirmados registrados por estado e institución.



c. Antecedente vacunal

El 82% de los casos confirmados no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión comprobable por medio de cartilla nacional de salud o similar (Gráfico 12). Aunque posiblemente algunas de estas personas contaban con vacuna contra sarampión, el hecho de no poder comprobar este hecho mediante un documento sanitario obliga a considerarlos como personas no vacunadas. 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 12 y 13).



Como se espera, en el grupo de menores de un año, no se observó antecedente de vacunación. Es importante mantener coordinación con el personal a cargo del programa de vacunación a nivel estatal y jurisdiccional a fin de proporcionarles la información disponible en la plataforma de vigilancia de la Enfermedad Febril Exantemática y aquella derivada de la búsqueda intencionada de casos y seguimiento de contactos, a fin de que las acciones de atención y contención de brotes sean planificadas con base en el análisis de la información disponible.

Gráfico 12. Porcentaje de casos confirmados con y sin antecedente de vacunación contra sarampión.

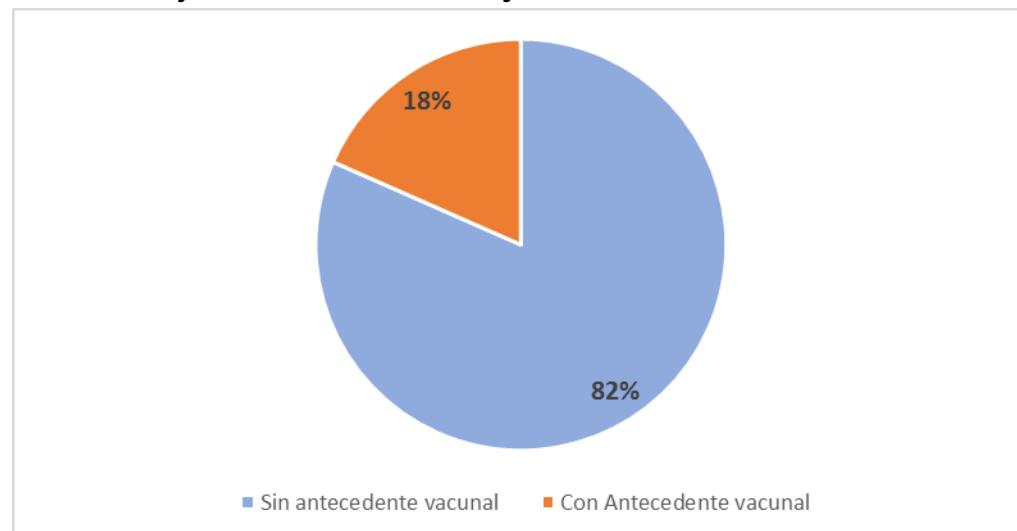
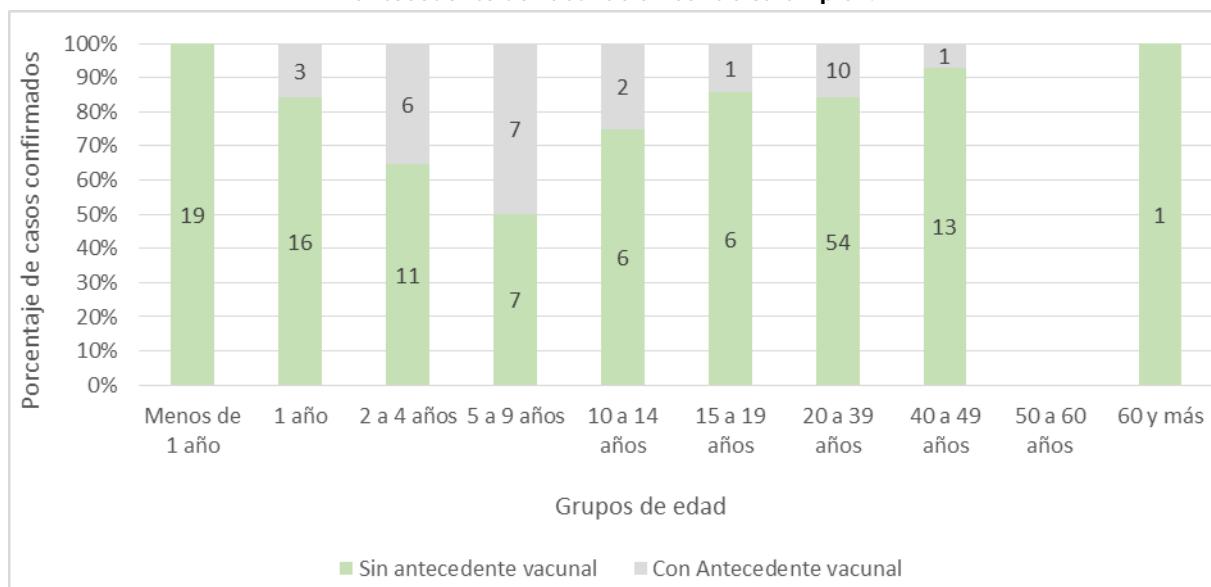


Gráfico 13. Número de casos confirmados y porcentaje por grupo de edad y antecedente de vacunación contra sarampión.



Los gráficos 14, 15 y 16 muestran el número y porcentaje de casos vacunados para cada una de las instituciones con registro de casos confirmados.



Gráfico 14. Número y porcentaje de casos confirmados por grupo de edad y antecedente vacunal en SSA.

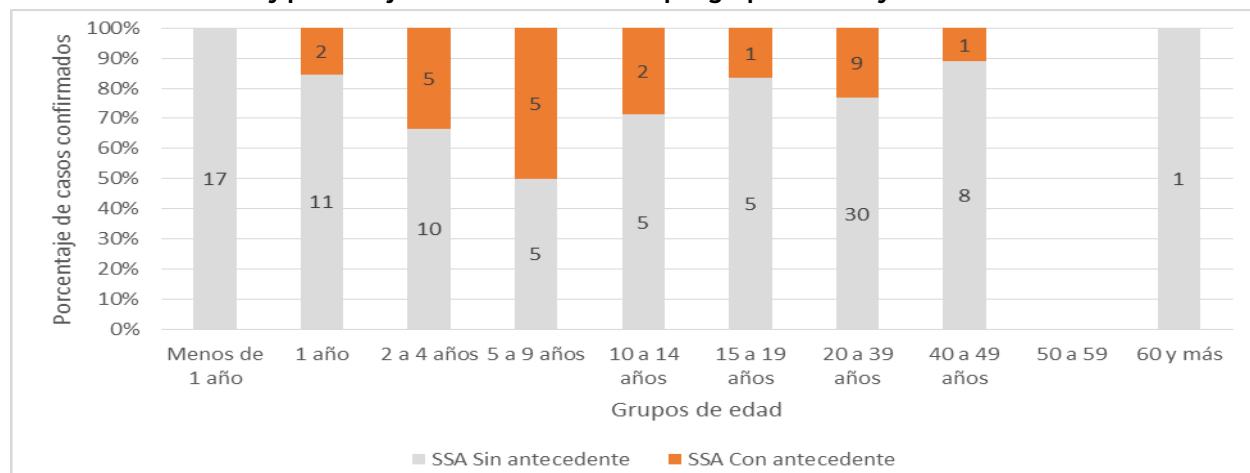


Gráfico 15. Número y porcentaje de casos confirmados por grupo de edad y antecedente vacunal en IMSS.

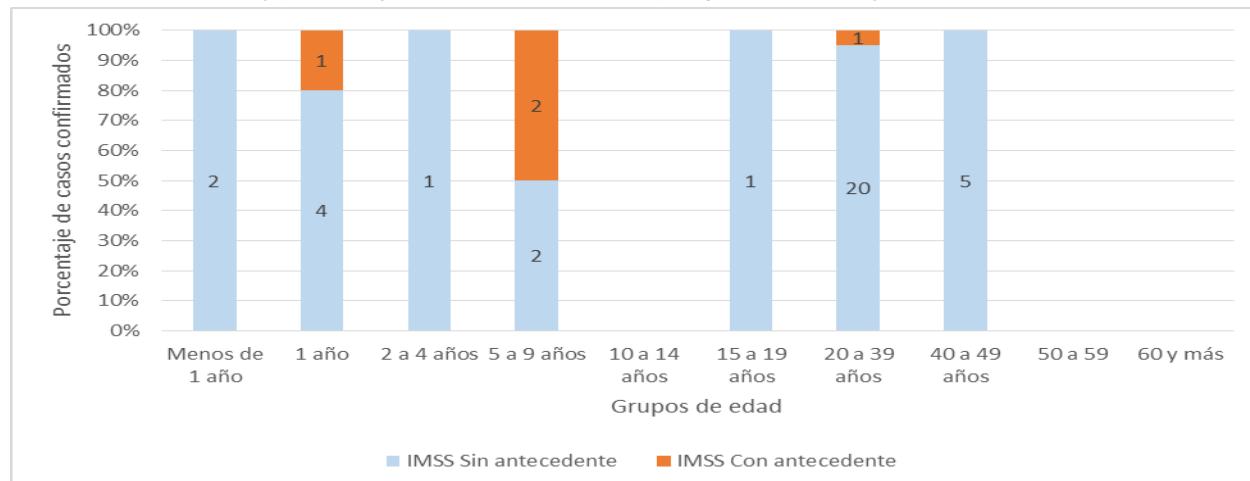
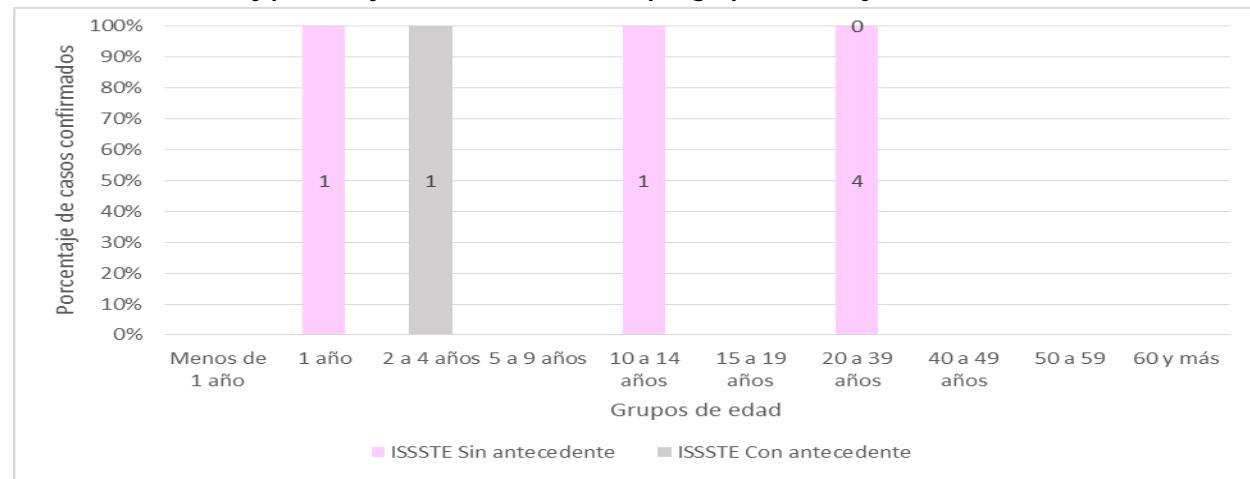


Gráfico 16. Número y porcentaje de casos confirmados por grupo de edad y antecedente vacunal en ISSSTE.



IV. Conclusiones

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.

A pesar de que en las últimas semanas se ha observado una tendencia de descenso en la aparición de nuevos casos, según el inicio de exantema, es imprescindible mantener en alerta al sistema de vigilancia epidemiológica para que puede identificar de manera oportuna a los casos probables.

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 trasmisión de 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.