

Avisos Epidemiológicos por Situaciones Emergentes

Definiciones Operacionales:

Caso probable: En localidades donde no se ha demostrado (o se desconoce) la circulación de *V. cholerae* O1 o O139 toxigénico se considerará caso probable a todo enfermo de diarrea que tenga cinco años de edad o más, que presente cinco evacuaciones o más en 24 horas y cuyo cuadro clínico no sea mayor a cinco días de evolución ("regla de los cinco").

En localidades donde se ha demostrado la circulación de *V. cholerae* O1 o O139 toxigénico en los últimos 90 días o en las comunidades ubicadas dentro del área de los cercos epidemiológicos, se considerará como caso probable, a toda persona con diarrea de no más de cinco días de evolución, independientemente de su edad.

Caso confirmado: todo caso en el que se aisle o demuestre la presencia de *V. cholerae* O1 o 139 toxigénico en materia fecal o en contenido gastrointestinal, o en quien se demuestre seroconversión de anticuerpos vibriocidas o antitoxina colérica.

Contenido:

- Situación Epidemiológica de Cólera **1**
- Situación Epidemiológica de Cólera en África **1**
- Situación Epidemiológica de Cólera en América
- Situación Cólera en México
- Recomendaciones de la OMS para la prevención y control de brotes de Cólera **2**
- Flujo de Notificación de Casos en el INP **2**
- Resultados de la Donación de Sangre en el INP **2**
- Complemento del Boletín: "Situación epidemiológica de Sarampión" **3**

Situación Epidemiológica de Cólera

Cólera: El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*. La mayoría de las personas infectadas por el *V. cholerae* son asintomáticas con presencia de la bacteria en sus heces durante el 1o al 10o día siguientes a la infección, con el consiguiente riesgo de infección de otras personas.

En los casos sintomáticos se tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días, posterior al cual se presente un cuadro clínico caracterizado por un inicio repentino, diarrea, náusea y vómito abundante. En el 80% de las personas que presentan síntomas éstos son de leves a moderados y pueden tratarse con soluciones de rehidratación oral; un 20% padece diarrea acuosa aguda con deshidratación grave.

Situación cólera en África

Durante el 2017 se han notificado casos confirmados de cólera en Angola, Burundi, Kenia, Malawi, Mozambique, República Democrática del Congo, Sudán del Sur, Somalia, Tanzania y Yemen.

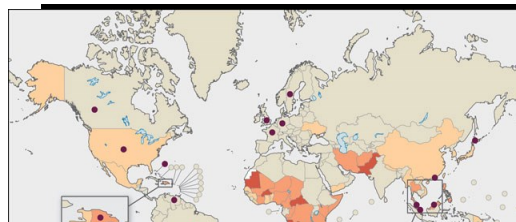


Consultar:
https://www.pediatría.gob.mx/epidem_avisos.html

País	Período	Casos	Def.
Yemen	Abril a junio de 2017	101,820	791
Somalia	Noviembre de 2016 a junio 2017	45,400	738
República Democrática del Congo	Enero a mayo de 2017	40,993	1,174
Tanzania	Abril de 2015 a mayo 2017	29,575	463
Sudán del Sur	Enero a mayo de 2017	7,735	246
Angola	Enero a mayo de 2017	336	15
Kenia	Octubre de 2016 a mayo 2017	303	5

Situación Epidemiológica de Cólera en América

País 2017	Casos	Defunciones	Tasa de Letalidad
Haití	5,542	71	1.02%
República Dominicana	77	2	2.6%



Consulta los decrementos de casos, defunciones y tasa de letalidad de cólera en estos países de 2011 a 2015 en: https://www.pediatría.gob.mx/epidem_avisos.html

Situación cólera en México

Última Epidemia:

1991-1995 con 16, 430 casos

Tendencia descendente:

2002-2009 No se registro ningún caso

Diagnósticos del últimos casos:

2010 un caso, 2011 un caso y 2012 dos casos en Sinaloa.

En el año 2013 se introdujo en México la nueva cepa de cólera circulante en los brotes en Haití y otros países de América, dando origen a la ocurrencia de 187 casos en los estados de Hidalgo (159 casos), Veracruz (14), Estado de México (9), Distrito Federal (3) y San Luis Potosí (2),

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Puede cursar con algunos pródromos consistentes en sensación de malestar abdominal, náusea
- Diarrea que puede ser como “agua de arroz” y vómito abundantes.
- Rápidamente pueden añadirse datos de deshidratación severa y/o choque, oligoanuria así como con calambres musculares

DIAGNOSTICO: Tomar una muestra de hisopo rectal en medio de Cary y Blair

Consulta las Recomendaciones que emite la (OPS) y las Recomendaciones para México en: https://www.pediatría.gob.mx/epidem_avisos.html

Recomendaciones de la OMS para la prevención y control de brotes de cólera

VIAJES Y COMERCIO

Hoy día no se exigen pruebas de vacunación contra el cólera para que se pueda entrar en ningún país, y el Certificado Internacional de Vacunación ya no tiene un espacio específico para consignar las vacunaciones contra el cólera.

La experiencia demuestra claramente que la cuarentena y el embargo del movimiento de personas y bienes, y en particular de productos alimentarios, son innecesarios.

MENSAJES FUNDAMENTALES

- La imposición de restricciones a los viajes y al comercio han demostrado ser ineficientes y tienen el riesgo de desviar recursos útiles.
- La OMS no tiene información de que los alimentos importados por

vías comerciales desde países afectados se hayan visto implicados en ningún caso en brotes de cólera en los países importadores.

- Los países tienen derecho a confiscar alimentos perecederos no procesados que lleven consigo los viajeros al cruzar una frontera.

PREVENCIÓN

- El agua salubre, el saneamiento adecuado y la inocuidad de los alimentos son fundamentales para la prevención del cólera.
- La educación sanitaria tiene como objetivo que las comunidades adopten comportamientos preventivos para evitar la contaminación.

CONTROL

- Tratar los casos adecuadamente y a tiempo en centros específicos de tratamiento del cólera;
- Ofrecer formación específica sobre el tratamiento de los casos, y en particular sobre cómo evitar las infecciones nosocomiales;
- Disponer de suministros médicos suficientes in situ para el tratamiento de los casos (por ejemplo, botiquines para las enfermedades diarreicas);
- Mejorar la higiene, y en particular de la higiene alimentaria



El cólera es una enfermedad extremadamente virulenta que puede afectar tanto a los niños como a los adultos. Si no se trata, puede producir rápidamente deshidratación grave y muerte.

Flujo de Notificación de casos en el INP

Acciones en el INP		Herramientas/ Formatos
¿Quién notifica?	Médico que sospeche o haga diagnóstico de Cólera	
¿A quién notifica?	Al servicio de Epidemiología y solicita valoración por Infectología	Ext. 1100
Acciones a seguir	Notificación del caso y elaboración de estudio epidemiológico	N1 (Notificación), C1 (Seguimiento) y T1 (Tratamiento)
¿Quién solicita el tratamiento?	Al notificar el caso, el servicio de Epidemiología realiza el trámite.	
¿Quién da seguimiento del caso?	Al egreso se deberá informar al servicio de Epidemiología para su envío y referencia a su unidad de atención.	Oficio emitido por Epidemiología

Datos sobresalientes de la Donación de Sangre en el INP

AÑO	2012	2013	2014	2015	2016
Donantes atendidos	9628	9690	9487	8606	8340
Donaciones efectivas	7059	7383	7445	6904	6500
% Donantes de reposición (familiares)	96.9	97.9	93.5	87.9	87.4
% Donantes voluntarios	3.1	2.1	6.5	12.1	12.6

Basado en el precepto de que la sangre más segura es aquella que proviene de donantes voluntarios y de repetición; el **Departamento del Banco de Sangre del INP**, ha concentrado gran parte de sus esfuerzos en promover e incrementar la captación de estos héroes que dan vida. Desde el año 2012 se inició el proyecto de campañas de donación extramuros; **posicionando a este Instituto como el hospital público con**

Complemento del Boletín: “Situación Epidemiológica por Sarampión”

Conceptos Básicos

Al explorar a un niño/a con exantema debemos evaluar:

1. Morfología de las lesiones individuales

2. Patrón de distribución

3. Síntomas prodrómicos y concurrentes

4. Exposiciones conocidas

5. Exantema asociado (erupción en membranas mucosas)

6. Epidemiología local

7. Hallazgos de examen físico y aparatos y sistemas

Al final debemos tomar en cuenta todos los datos clínicos con el aspecto general del paciente.

PATOGÉNESIS DEL EXANTEMA:

El mecanismo del rash aún no ha sido identificado. Podría ser efecto directo de la invasión viral en células epiteliales, endoteliales o vasculares o podría resultar de los efectos dañinos de un complejo de virus-anticuerpo. Como apoyo a esta última teoría se encuentra una relación temporal entre el inicio del rash y la aparición del anticuerpo y la ausencia del rash en algunos casos rasos, usualmente con leucemia, quienes han desarrollado infección de sarampión crónica sin rash o producción de anticuerpos.

INMUNIZACIÓN: Protección contra una enfermedad infecciosa mediante la vacunación.

ENFERMEDADES FEBRILES EXANTEMÁTICAS:

Grupo de infecciones sistémicas, con diferente grado de contagiosidad, que tienen como característica principal la presencia de una erupción cutánea (exantema), que se presentan con mayor frecuencia durante la edad pediátrica. Las manifestaciones cutáneas de estas enfermedades las distinguen unas de otras pero en estadios tempranos pueden confundirse.

EXANTEMA: Erupción cutánea asociada a una enfermedad sistémica o general, habitualmente de causa infecciosa. No corresponde a una lesión elemental. En el niño son frecuentes las enfermedades que cursan con exantema.



EXANTEMA DEL SARAPIÓN:

Después de la fase prodrómica (8-12 días), aparece un exantema eritematoso, discreto, maculopapular detrás de las orejas y sobre la frente. Tiene una distribución cefalocaudal hacia el cuello y tronco y distalmente hacia las extremidades superiores e inferiores, respetando las palmas y las plantas. La progresión generalmente se completa en 3 días, lo que coincide con el pico de otros signos clínicos de fiebre, tos y conjuntivitis.

Las áreas donde la erupción aparece primero tienden a ser más fuertemente involucradas y presentan confluencia de lesiones en la cara y el cuello. Las lesiones en las piernas generalmente permanecen discretas y maculopapulares. El exantema comienza a ceder en orden de su aparición. Pueden presentarse grados variables de descamación fina cuando la erupción desaparece.

MACULOPAPULAR: Es un tipo de erupción, que no se eleva por encima de la superficie de la piel. Contiene máculas, que son cambios de coloraciones en la piel, de superficie plana y pápulas, que son unas lesiones circunscritas y sólidas.

SARAPIÓN: Enfermedad febril exantemática aguda, causada por el virus del sarampión, caracterizada por presentarse predominantemente durante la infancia, altamente contagiosa, la cual presenta una fase prodrómica (fiebre, tos, coriza), aparición de exantema específico (manchas de Koplik) y un exantema maculopapular generalizado.

VIRUS DEL SARAPIÓN:

Familia de los paramixovirus. Es un virus inestable al calor con un núcleo de RNA y una envoltura externa de proteínas y lipoproteínas.

VÍA NATURAL DE INFECCIÓN:

Propagación de gotas de secreciones de un paciente infectado al tracto respiratorio de una persona que es susceptible con posterior propagación al resto del organismo. Se sospecha que después de la multiplicación local en este sitio de entrada, puede haber una viremia temprana.

MANCHAS DE KOPLIK:

Pápulas pequeñas de color blanco grisáceo con un borde eritematoso, patognomónicas del sarampión. Generalmente aparecen 24 a 48 horas antes del inicio del rash, agrupadas en la mucosa oral frente a los segundos molares y pueden persistir discretamente por 2 a 3 días.



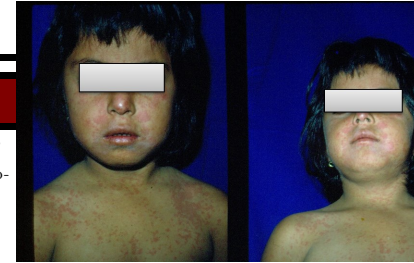
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SARAPIÓN:

El curso de la enfermedad se puede dividir en 3 fases: 1. Período de incubación de 10 a 11 días posterior a la exposición (asintomática), 2. Fase prodrómica caracterizada por fiebre, malestar general, coriza, conjuntivitis y tos que incrementan de intensidad por 3 a 4 días seguida de la última fase 3. Inicio del

PADECIMIENTO	INCUBACIÓN	PERIODO PRODRÓMICO	CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA	DIATRIBUCIÓN DEL EXANTEMA
Sarampión	8-12 días	Duración de 3 a 4 días, caracterizado por tos, coriza, conjuntivitis e irritabilidad.	Maculopapular, eritematoso, no escamoso y no purpúrico. Inicialmente tenue, que puede llegar a ser confluyente. Se borran a la presión, respetan palmas de las manos y plantas de los pies. Duración: 5-6 días	Céfalo caudal inicio retro auricular, luego frente, cara, tronco y extremidades.



DESCAMACIÓN	ADENOPATÍAS	SIGNOS CARACTERÍSTICOS
Furfurácea. Palmas y plantas no presentan descamación.	Ocasionales cervicales.	Afectación de mucosa oral (carrillo interno a la altura del segundo molar) con manchas de Koplik (pápulas pequeñas de color blanco-azulado con areola eritematosa)



Fuente: Archivo Fotográfico Dermatología INP



PADECIMIENTO	INCUBACIÓN	PERIODO PRODRÓMICO	CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA	DIATRIBUCIÓN DEL EXANTEMA
Rubeola	16-18 días	Pródromo 1-5 días previos a la aparición del exantema que febrícula, cefalea, coriza y síntomas respiratorios superiores.	Erupción de máculas y pápulas eritematosas, menos confluentes aunque puede serlo en cara.	Inicio en la cara, con diseminación cefalocaudal a tronco y extremidades. Tiende a desaparecer en 2-3 días en el mismo orden de aparición

DESCAMACIÓN	ADENOPATÍAS	SIGNOS CARACTERÍSTICOS
No	El exantema se puede acompañar de linfadenopatías, especialmente occipitales, retroauriculares y cervicales muy dolorosas.	Pueden presentarse lesiones petequiales en el paladar blando (Manchas de Forcheimer). Artritis y artralgias.

PADECIMIENTO	INCUBACIÓN	PERIODO PRODRÓMICO	CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA	DIATRIBUCIÓN DEL EXANTEMA
Exantema Súbito (HHV-6)	5-15 días	Fiebre alta (40-40.5°C) por 3-4 días que desaparece súbitamente cuando aparecen las lesiones dérmicas. Convulsiones en el 10% de los niños en etapa febril.	Maculas en forma de almendra y pápulas rosadas, 2-3mm de diámetro, en forma de almendra, no confluyente, con duración de 2-3 días.	Inician en tronco y se extienden a cuello, extremidades proximales y ocasionalmente en la cara. La mayoría desaparece en pocos días, sin dejar secuelas.



DESCAMACIÓN	ADENOPATÍAS	SIGNOS CARACTERÍSTICOS
	El exantema se puede acompañar de	Pueden presentarse lesiones petequiales en el paladar blando

Fuente: Archivo Fotográfico

PADECIMIENTO	INCUBACIÓN	PERIODO PRODRÓMICO	CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA	DIATRIBUCIÓN DEL EXANTEMA
--------------	------------	-----------------------	---------------------------------	------------------------------

Parvovirus (PVB19)

5-10 días

No

Consiste en 3 etapas:

La etapa inicial: exantema eritematoso, rojo brillante en frente y mejillas (“mejillas bofeteadas”), no doloroso, con aumento de la temperatura corporal y edema, respetando el puente nasal.

La segunda etapa (entre 1 a 4 días posteriores) consiste en un exantema maculopapular distal y simétrico en tronco y extremidades inferiores con apariencia de encaje.

La etapa final, presenta una duración variable, con erupción recurrente por varias semanas. Se presenta con elevación leve de temp. corporal



DESCAMACIÓN	ADENOPATÍAS	SIGNOS CARACTERÍSTICOS
-------------	-------------	------------------------

No

No

Eritema en mejillas

Fuente: Archivo
Fotográfico
Dermatología INP

PADECIMIENTO	INCUBACIÓN	PERIODO PRODRÓMICO	CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA	DIATRIBUCIÓN DEL EXANTEMA
--------------	------------	-----------------------	---------------------------------	------------------------------



Enfermedad de Kawasaki

Fiebre de inicio brusco
y elevada (39-40°C)

Exantema polimorfo (morbiliforme, maculopapular intenso o escarlatini-forme).

Palmas y plantas edematosas, enrojecidas y descamadas.

Alteraciones en boca y labios eritematosos, fisurados, lengua aframbuesada y faringe hiperémica.

Distribución irregular, de preferencia en tronco.

DESCAMACIÓN	ADENOPATÍAS	SIGNOS CARACTERÍSTICOS
-------------	-------------	------------------------

No

El exantema se puede acompañar de linfadenopatías, especialmente occipitales, retroauriculares y cervicales muy dolorosas.

Pueden presentarse lesiones petequiales en el paladar blando (Manchas de Forcheimer).

Artritis y artralgias.

Fuente: Archivo Fotográfico
Dermatología INP

Cuadro Comparativo elaborado por :Dra. Pamela Rodríguez Salgado y Dra. María Teresa García Romero. Servicio de Dermatología

RECOPIADORAS:

Dra. Aurora González Rivera, Jefa del Depto. Medicina Comunitaria

Dra. Wendy Domínguez Viveros, Jefa del Servicio de Epidemiología

C. Asunción Machuca Rodríguez, Educación para la Salud.
Ext. 1167 y 1100

COLABORADORAS:

Dra. Pamela Rodríguez Salgado, Gestión en investigación, INP.

Dra. María Teresa García Romero, Médico Adscrito del servicio de

FUENTES DE CONSULTA:

1. Bologna, J., Jorizzo, J, and Rapini, R. (2008). Dermatology. 2nd ed. Spain: Mosby Elsevier. pp 1219-1237.
2. Fitzpatrick, T. (1993). Dermatology in general medicine. 1st ed. New York: McGraw-Hill, pp. 2035-2040, 2044-2048.
3. GPC IMSS 588-12. Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia, IMSS 588-12
4. GPC IMSS 109-08. Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con sarampión.
5. Domínguez García, A., Borrás López, E. and Arranz, M. (2008). El Sarampión. [Madrid]: Sociedad Española de Epidemiología.
6. Fleuret, C. and Plantin, P. (2015). Exantemas virales. EMC - Pediatría, 50(2), pp.1-9.
7. ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS EN PEDIATRÍA B. Solís, J. Duarte, M. Oyarzábal. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona Libro electrónico de Temas de Urgencia
8. Organización Mundial de la Salud. (2017). Sarampión. [online] Available at: <http://who.int/>