

La vigilancia epidemiológica internacional y la medicina en el primer nivel de atención

International Epidemiological Surveillance and First Care Level Medicine

Juan José Mazón Ramírez*, Eduardo López Ortiz*

México es un país que ha construido, pese a muchos desafíos de distinta naturaleza, un sistema de salud con una estructura robusta y sensible; una muestra es su Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual ha identificado desde el mes de agosto hasta el once de septiembre, diez y siete casos de sarampión en un país de 129 millones de habitantes.

Identificar un solo caso representa un enorme reto, en los diferentes niveles del sistema de salud en un país que, al haber declarado su último caso autóctono en 1995, se considera en fase de post-eliminación (el estatus que se alcanza después de un año sin cadenas de transmisión activas).

La vigencia menguante del sarampión en México está presente como un recuerdo en la memoria de los clínicos de las generaciones que atendieron las complicaciones gastrointestinales, neurológicas y pulmonares antes de que se implementara la aplicación de la vacuna durante la década de los setenta y, como consecuencia, vieron a través de los años la magnitud “milagrosa” en la que el número de casos, la tasa de mortalidad y la carga de enfermedad descendían, hasta ahora.¹

Lo anterior complica la sospecha diagnóstica, la decisión de muestrear al paciente y cuál es el proceso a seguir para el médico de primer contacto que se enfrentará a los casos en aquellas regiones donde se ha perdido el escudo de la inmunidad de rebaño, es decir, no se cuenta con coberturas de vacunación superiores a 95%.²

El mundo atraviesa una situación complicada, a pesar de que existe una vacuna segura, eficaz y económica: por distintas razones sociales, filosóficas o políticas, la población se ha dejado de vacunar, lo que ha traído como consecuencia brotes de la enfermedad en un contexto en el que es posible viajar miles de kilómetros en horas, por lo que las barreras entre países otra vez se demuestran primitivas, haciendo muy importante la comunicación de riesgos, sus mecanismos y velocidad.³

Sugerencia de citación: Mazón Ramírez JJ, López Ortiz E. La vigilancia epidemiológica internacional y la medicina en el primer nivel de atención. *Aten Fam.* 2019;26(4):121-122. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p2019.4.70785>

*Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM

El pasado seis de agosto del presente año, la Secretaría de Salud, en su comunicado número 244, informó sobre la confirmación de un caso de sarampión en una mujer de 22 años, residente de San Luis Potosí y el estatus asintomático de otra mexicana. Se estableció que la posible fuente de contagio fue un vuelo de Filipinas a Australia que compartieron el pasado 20 de julio, información proporcionada por el Centro Nacional de Enlace de Australia.

El mecanismo mediante el cual se informó a las autoridades sanitarias en México para que activaran los protocolos epidemiológicos de la búsqueda de casos, con el fin de impedir o contener cadenas de transmisión, se explica con el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) entre los Centros Nacionales de Enlace.⁴

El RSI es un documento que vincula a 196 países que, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), trabajan conjuntamente por la seguridad en la salud global. Las actividades que están contempladas en el RSI incluyen impulsar alianzas internacionales, fortalecer los sistemas de vigilancia, además de la seguridad sanitaria en viajes y transporte.

El Centro Nacional de Enlace es una figura que opera como el contacto en todo momento para establecer comunicaciones, en México se encuentra en la Dirección General de Epidemiología,

que depende de la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud.

El ejemplo de la comunicación abierta y transparente entre países es pertinente para todos los trabajadores de la salud en los diferentes niveles administrativos, de forma particularmente importante hacia los pacientes.

Ante el anunciado desabasto de vacunas, desde la atención de primer contacto se puede incidir en la interrupción de las cadenas de transmisión con recomendaciones, comunicación de riesgos y promoción de la vacunación para empoderar a la población con información y lograr proteger a los inmunológicamente vulnerables.

Adicionalmente, es necesario un reporte oportuno a los niveles correspondientes, con información de calidad para que los tomadores de decisiones implementen una política pública con el mejor conocimiento del contexto epidemiológico.

Todos los trabajadores de la salud estamos ahora obligados a conocer nuestra situación sobre cuántas vacunas y a qué edad las recibimos para evitar exposiciones riesgosas para nosotros y nuestros pacientes.

En la Subdivisión de Medicina Familiar estamos conscientes de cómo los desafíos epidemiológicos impactan en la práctica diaria de los médicos de primer contacto y estamos comprometidos con la educación continua de la comunidad.

Referencias

1. Santos JI, Nakamura MA, Godoy MV, Kuri P, Lucas CA, Conyer RT. Measles in Mexico, 1941-2001: Interruption of Endemic Transmission and Lessons Learned. *J Infect Dis.* 2004;189(Supplement_1):S243-50.
2. O'Donnell S, Davies F, Vardhan M, Nee P. Could this be measles? *Emerg Med J.* 2019;36(5):310-4.
3. Mahase E. Measles cases at highest point since 2006 as outbreaks continue to spread. *Bmj* [Internet] [citado 2019 Ago 29]. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.l5141>
4. World Health Organization. International Health Regulations 2015. Vol. 2005 - 2015. [Internet] [citado Ago 29]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf;jsessionid=954B2F2E697C2B0447909BACBE9A5105?sequence=1>

Construimos contigo
la salud de la familia

