

Resumen de la situación

En 2018 doce países¹ de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión y solo dos de ellos reportaron defunciones: Brasil y la República Bolivariana de Venezuela.

A la semana epidemiológica (SE) 2 de 2019 6 países notificaron casos confirmados que ocurrieron entre diciembre de 2018 y enero de 2019: Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos de América, y Venezuela.

Se presenta a continuación la situación epidemiológica en cinco países de la Región.

En **Brasil**, son 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9.778 casos y 6 defunciones), Bahía (2 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (61 casos y dos defunciones²), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (355 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos), y Sergipe (4 casos). En todas las Unidades Federales, con excepción de un caso en Rio Grande do Sul y uno en São Paulo, el genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que estaba circulando en Venezuela.

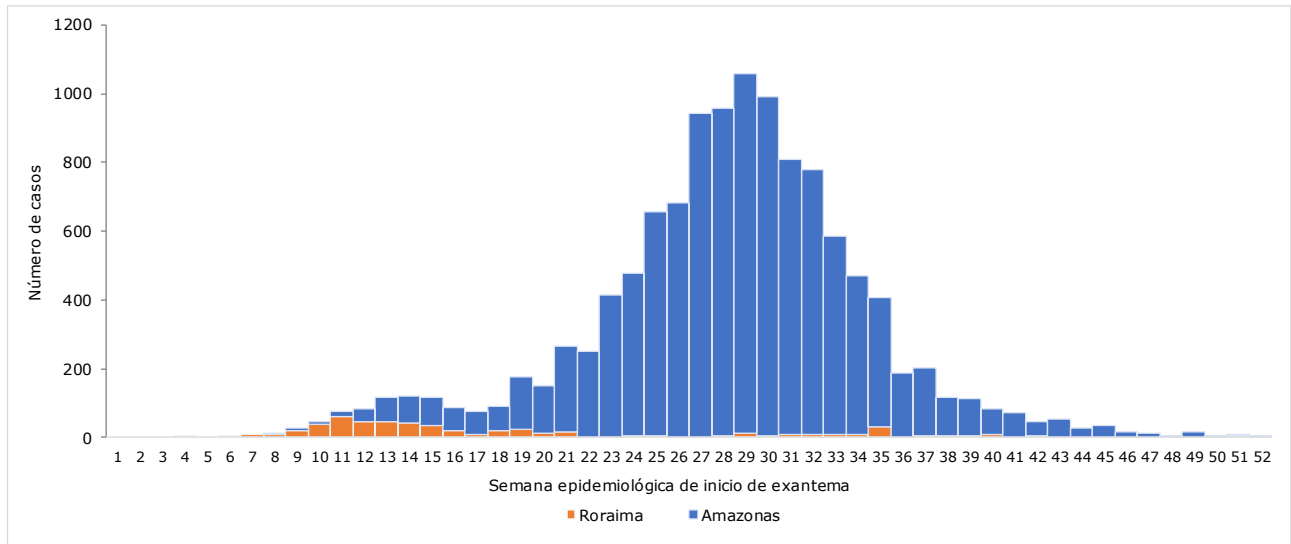
Entre la SE 6 de 2018 y la SE 2 de 2019 se notificaron 10.274 casos confirmados de sarampión incluido 12 defunciones. Desde lo informado en la Actualización Epidemiológica del 30 de noviembre de 2018³, se notificaron 376 casos adicionales y Bahía se ha sumado a las Unidades Federales que reportaron casos.

¹ Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela

² Disminuyó en uno el número de defunciones reportadas en Pará, con respecto a lo informado en la Actualización Epidemiológica del 30 de noviembre de 2018; esto debido a una reclasificación retrospectiva realizada por las autoridades de salud de Brasil.

³ Actualización Epidemiológica: Sarampión. 30 de noviembre de 2018, Washington, D.C.: OPS/OMS;2018. Disponible en: <https://bit.ly/2Dk2aFH>

Figura 1. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil, SE 1 a SE 52 de 2018.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

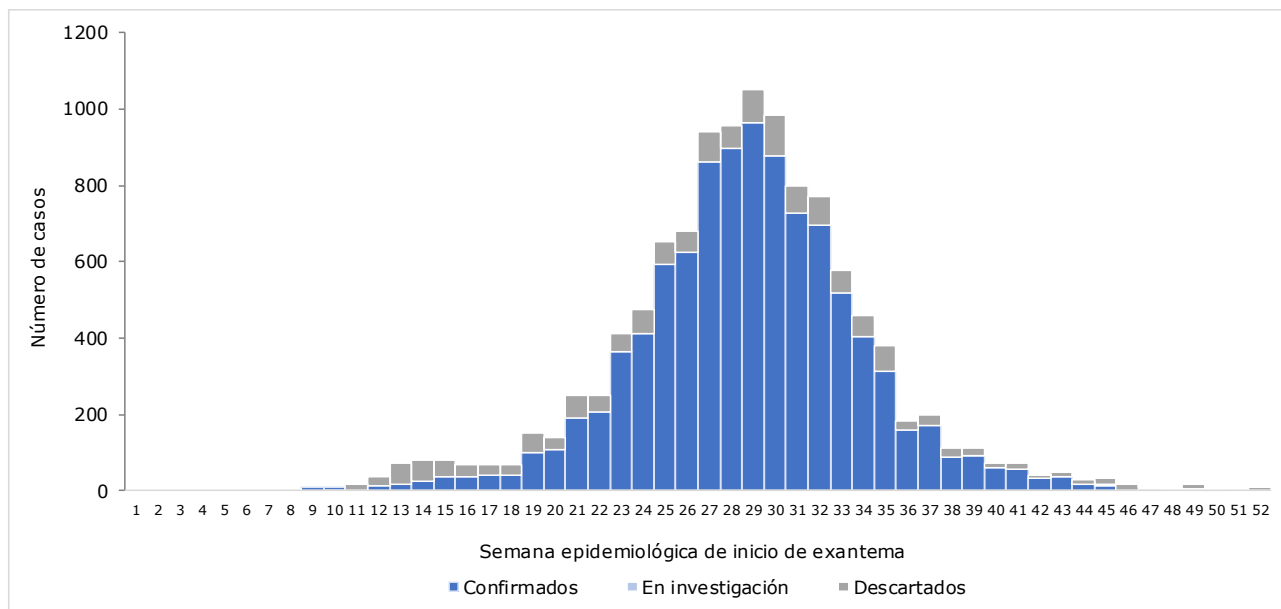
A continuación, una breve descripción de la situación epidemiológica en los estados de Amazonas y Roraima.

Amazonas: entre el 6 de febrero de 2018 y el 8 de enero de 2019 se notificaron 11.377 casos sospechosos, incluidas 6 defunciones. Del total de casos sospechosos, 9.778 fueron confirmados, 1.541 descartados y 18 continúan en investigación. El 55,6% (5.439) de los casos confirmados son del sexo masculino.

De los 62 municipios del estado, en 46 se han reportado casos confirmados. El 78,7% (8.921) de los casos sospechosos y el 82,3% (8.040) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Manaus. La tasa de incidencia acumulada en el estado es de 272,3 por 100.000 habitantes y, los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia son: Manacapuru (994,2 por 100.000 habitantes), seguido de Manaus (377,4 por 100.000 habitantes) y Itacoatiara (142,2 por 100.000 habitantes).

Desde la SE 30, se observa una tendencia decreciente en la curva epidemiológica de casos (**Figura 2**).

Figura 2. Casos notificados, confirmados y en investigación de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estado de Amazonas, Brasil, SE 1 a SE 52 de 2018.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad se observa en los menores de 1 año (2.176,4 por 100.000 habitantes) seguido del grupo de 15 a 19 años (550,7 por 100.000 habitantes), 20 a 29 años (358,2 por 100.000 habitantes), 1 a 4 años (352,7 por 100.000 habitantes), y 30 a 39 años (188,8 por 100.000 habitantes).

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 48 de 2018 y los últimos casos en investigación en la SE 1 de 2019.

Roraima: entre el 4 de febrero de 2018 y el 8 de enero de 2019 se notificaron 575 casos sospechosos, incluidas 4 defunciones. Del total de casos sospechosos, 355 fueron confirmados, 213 descartados y 7 continúan en investigación. El 53,5% (190) de los casos confirmados son del sexo masculino, 61,1% (217) son venezolanos, 38% (135) son brasileños y 1% (2 casos) corresponde a personas procedentes de otros países. El 41% del total de casos confirmados son indígenas (127 de Venezuela y 18 de Brasil).

De los 15 municipios del estado, 13 han notificado casos sospechosos. El 90% (517) de los casos sospechosos y 89% (316) de los casos confirmados fueron notificados por los municipios de Amajarí, Boa Vista y Pacaraima. La tasa de incidencia en el estado es de 80,0 por 100.000 habitantes y, los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia son: Amajari (683,4 por 100.000 habitantes), seguido de Pacaraima (484,4 por 100.000 habitantes), y Boa Vista (53,6 por 100.000 habitantes).

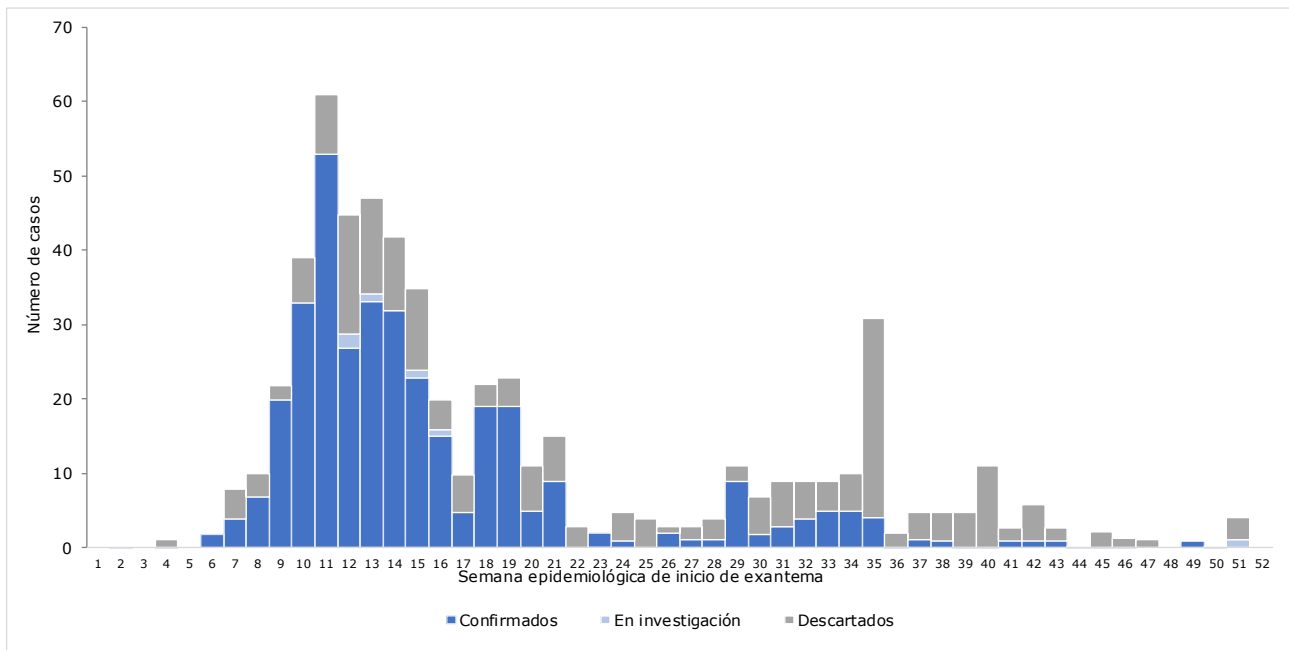
A partir de la SE 19 de 2018 se registró una disminución de casos sospechosos y confirmados, entre la SE 29 y la 35 se reportó un nuevo incremento de casos (**Figura 3**) a expensas de los municipios de Boa Vista y Amajarí.

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad se observa en los menores de 1 año (812,1 por 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (245,7 por 100.000 habitantes), 5 a 9

años (106,9 por 100.000 habitantes), 10 a 14 años (66,6 por 100.000 habitantes), y 15 a 19 años (51,0 por 100.000 habitantes).

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 49 y los últimos casos en investigación en la SE 1 de 2019. Los últimos casos confirmados importados de Venezuela corresponden a las SE 43 y se registraron en el estado de Roraima.

Figura 3. Casos confirmados, notificados y en investigación de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estado de Roraima, Brasil, SE 1 a SE 52 de 2018



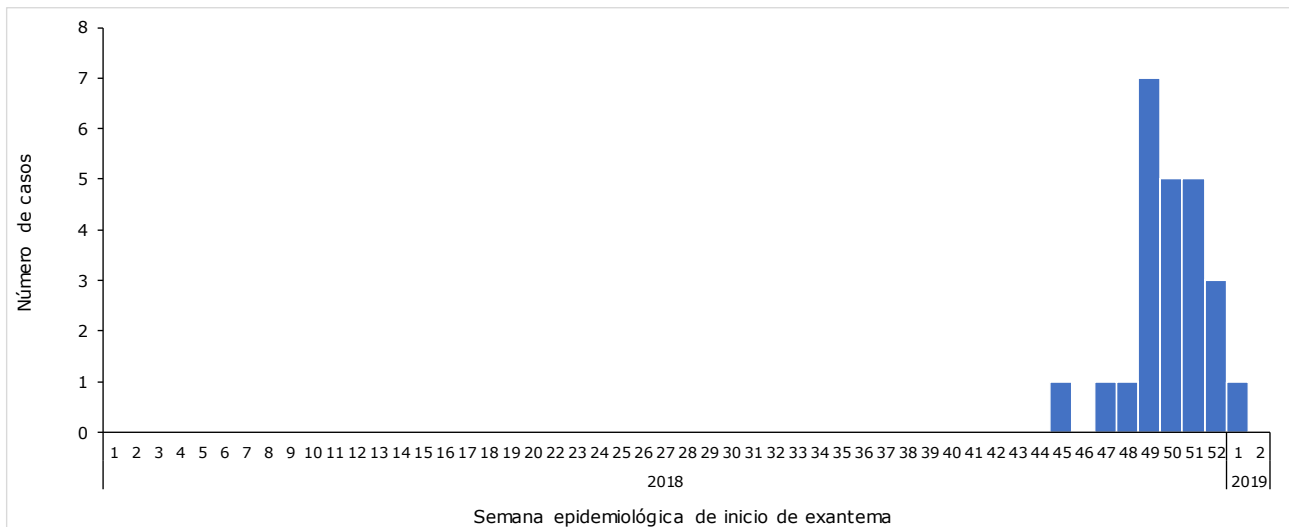
Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Chile**, entre la SE 45 de 2018 y la SE 2 de 2019, se confirmaron 24 casos de sarampión (**figura 4**); 7 importados y 17 relacionados a importación. De esos, 11 casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la Región. El 50% de los casos son del sexo femenino y el 58,4% son menores de 1 año.

Los casos se registraron en las regiones Metropolitana (22 casos) y Biobío (2 casos).

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 1 y a la fecha se continua con la investigación de casos sospechosos. El último caso importado de Venezuela corresponde a las SE 52 de 2018 y se reportó en la región Metropolitana.

Figura 4. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Chile, SE 45 de 2018 a SE 2 de 2019.



Fuente: Datos proporcionados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Chile y reproducidos por la OPS/OMS.

El último brote asociado a importación en Chile fue en el año 2015, con 9 casos confirmados y dos meses de duración (genotipo viral H1).

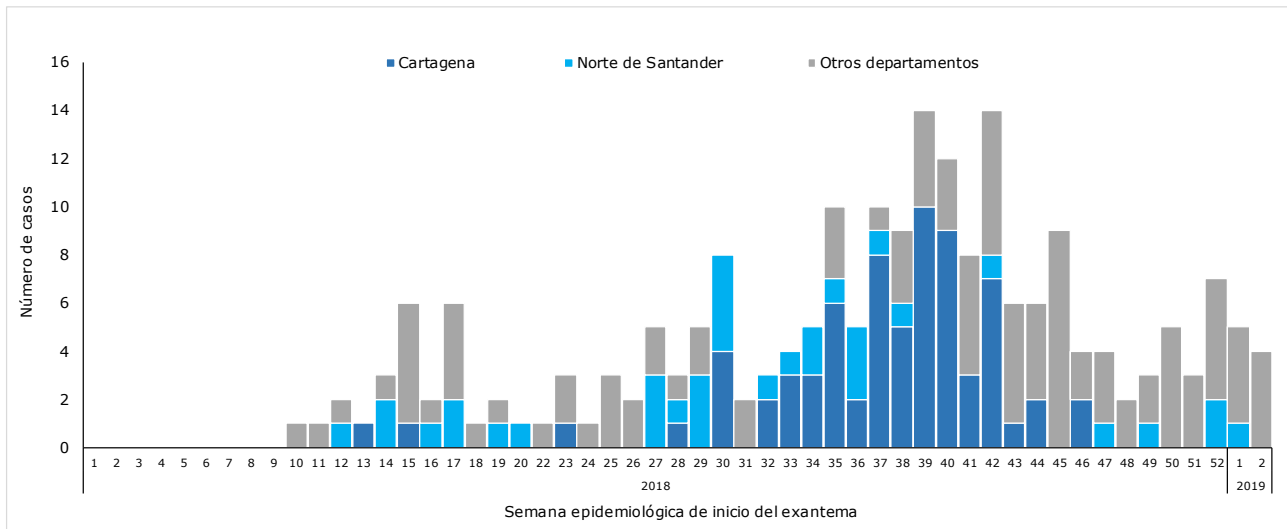
En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 2 de 2019 se notificaron 212 casos confirmados de sarampión, de los cuales 103 requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. La genotipificación realizada en muestras de 43 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la Región.

Los casos fueron notificados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cauca, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Sucre; y en los Distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta. El 68% del total de casos confirmados fueron notificados en los distritos de Cartagena, Barranquilla y el Departamento Norte de Santander. La tasa de incidencia acumulada en el país es de 0,22 por 100.000 habitantes y las mayores tasas de incidencia se registran en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (5,3 casos por 100.000 habitantes), Barranquilla (2,4 casos por 100.000 habitantes), y Bolívar (1,1 casos por 100.000 habitantes).

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad, entre los casos asociados a importación o transmisión secundaria en colombianos, se observa en el grupo de menores de un año de edad (6 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años de edad (1,7 casos por 100.000 habitantes).

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 2 de 2019 y los últimos casos en investigación corresponden a los departamentos de La Guajira, Norte de Santander y los distritos de Barranquilla, Bogotá y Cartagena.

Figura 5. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Colombia, SE 10 a SE 2 de 2019



Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 29 de diciembre se confirmaron 349 casos de sarampión en 26 estados y el Distrito de Columbia, que corresponden a 17 brotes⁴ reportados. Los estados que notificaron casos fueron Arkansas, California, Connecticut, Florida, Illinois, Indiana, Kansas, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, New York, North Carolina, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, Tennessee, Texas, Virginia, y Washington

La información se actualiza periódicamente en la página web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), disponible en: <https://bit.ly/2iMFK71>.

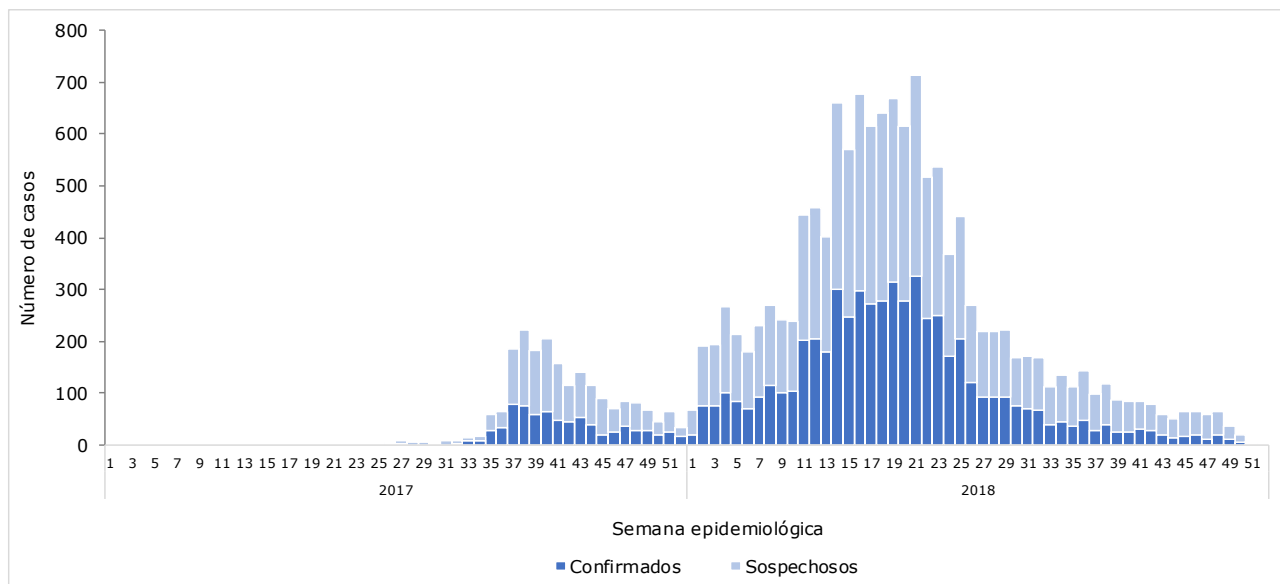
En **Venezuela**, entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 52 de 2018, se notificaron 9.101 casos sospechosos de los cuales 6.395 fueron confirmados (727 en 2017 y 5.668 en 2018) (**Figura 6**). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.038), clínico (3.137) y nexa epidemiológico (493). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar).

La tasa de incidencia acumulada en el país es de 17,8 por 100.000 habitante y las mayores tasas de incidencia se registran en Delta Amacuro (207 por 100.000 habitantes), Distrito Capital (126 por 100.000 habitantes), Amazonas (83 por 100.000 habitantes) y Vargas (47 por 100.000 habitantes).

Los casos confirmados reportados entre la SE 44 a la SE 50 de 2018 fueron notificados en los estados de Apure (7 casos), Aragua (7 casos), Bolívar (8 casos), Carabobo (8 casos), Distrito Capital (18 casos), Falcon (3 casos), Miranda (2 casos), Monagas (7 casos) y Zulia (34 casos).

⁴ Definido como 3 o mas casos relacionados.

Figura 6. Casos notificados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Venezuela, 2017-2018 (hasta la SE 52)



Fuente: Datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela y reproducidos por la OPS/OMS.

Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus. Además de campañas de vacunación, entre otras acciones tomadas figuran: la intensificación de la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y la vacunación por bloqueo con vacuna sarampión-rubéola (SR) y a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris que limita con Venezuela.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 499 casos de sarampión en poblaciones indígenas⁵ de los estados de: Amazonas (162 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 23 Yanomami⁶, 2 Yekuana, 1 Baniva, y 1 Yeral), Delta Amacuro (309 casos todos de la etnia Warao), Monagas (24 casos, siendo 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa), y Zulia (2 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 64 defunciones de las cuales 37 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (16 de la etnia Sanema). Actualmente se encuentran en investigación otras muertes pertenecientes a estas comunidades indígenas.

⁵ La diferencia con respecto a lo reportado en Actualizaciones Epidemiológicas anteriores se debe a los ajustes realizados por las autoridades nacionales con base a la revisión, consolidación y cierre de la investigación de casos en poblaciones indígenas.

⁶ De acuerdo con datos previos proporcionados por las autoridades nacionales, entre la SE 11 y la SE 27 o 2018, hubo 126 casos confirmados de sarampión, incluyendo 53 muertes, en el municipio Yanomami de Alto Orinoco, Estado Amazonas en Venezuela.

En la SE 52 de 2018 no se notificaron casos de sarampión, sin embargo, se mantiene la vigilancia activa y la vacunación por bloqueo ante la aparición de casos sospechosos. La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en población indígena corresponde a la SE 50 y procede del estado de Zulia.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para **mantener coberturas homogéneas del 95%** con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los municipios.
- **Vacunar a poblaciones en riesgo**, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-paperas (SRP) **y jeringas** para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.
- Brindar una **respuesta rápida** frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- **Identificar** los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que albergan a estos grupos de población.
- **Incrementar las coberturas vacunales** y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- En situación de brote, se debe **establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos** para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad⁷ en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que **reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola**, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), **al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión**. Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentran disponibles en la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de octubre de 2017⁸.

Fuentes de información

1. Ministerio de Salud de **Brasil**. Situação do Sarampo no Brasil – 2019. Informe N° 35. Disponible en: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/10/Informe-Sarampon35-9jan19gab.pdf>
2. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos**. Sarampión, casos y brotes. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

Enlace de utilidad:

- OPS/OMS – Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Disponible en: <http://bit.ly/2Fpxxx3>

⁷ La dosis de vacuna SRP o SR administrada en niños de 6 a 11 meses de edad no sustituye la primera dosis del esquema recomendado a los 12 meses de edad.

⁸ Información disponible en la Actualización Epidemiológica de Sarampión del 27 de octubre de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017. Disponible en <https://bit.ly/2jErtHU>