

Resumen de la situación

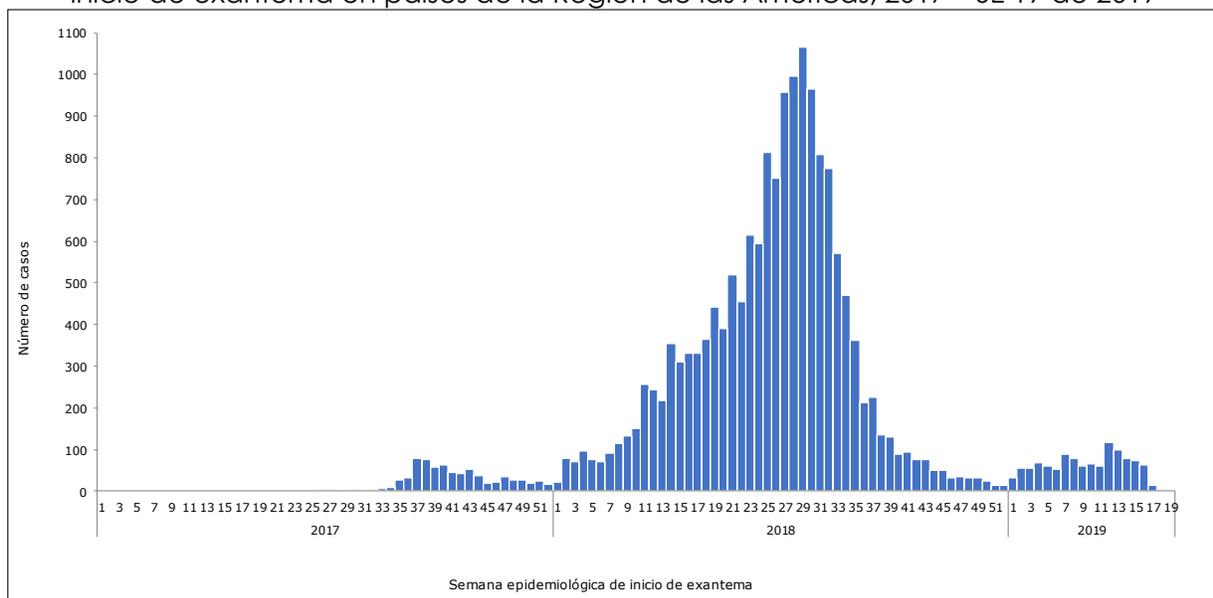
Hasta la fecha son 12 los países que notificaron casos confirmados de sarampión en 2019: Argentina, las Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. No se han reportado defunciones por sarampión en la Región en el 2019. Adicionalmente, se confirmó un caso de sarampión en una persona a bordo de un crucero que navegaba entre Aruba y Curaçao.

Desde la Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 18 de abril¹, 9 países han notificado casos adicionales: Brasil (70 casos), Canadá (12 casos), Chile (1 caso), Colombia (27 casos), Costa Rica (1 caso), Estados Unidos de América (284 casos), Perú (1 caso), Uruguay (6 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (63 casos). En este mismo periodo no se notificaron casos adicionales en Argentina, las Bahamas y México.

El brote de sarampión en las Américas, causado por el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 que se inició en Venezuela en 2017, se extendió a Brasil y Colombia en 2018 y posteriormente en Argentina, Chile, Ecuador y Perú, fueron identificados casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje. En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje, lo que indica la continua circulación de este virus. Esta situación, asociada a la importación de casos desde países fuera de la Región, ha provocado un incremento de casos semanales desde inicios de 2019, con un pico en la semana epidemiológica (SE)12 y un promedio de 78 casos semanales en las 4 semanas epidemiológicas posteriores (**Figura 1**).

¹ OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 18 de abril de 2019, Washington, D.C.: OPS/OMS;2019 Disponible en: <https://bit.ly/2XrJDOS>

Figura 1. Distribución de casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema en países de la Región de las Américas, 2017 – SE 19 de 2019



* Información disponible de casos por semana epidemiológica de inicio de exantema (18.044 casos)

Fuente: Datos proporcionados por los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Argentina, las Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela e información pública la Agencia de Salud Pública de Canadá y de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y reproducido por la OPS/OMS.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de sarampión en países que han notificado nuevos casos confirmados o una actualización de los casos anteriores, desde la Actualización Epidemiológica publicada el 18 de abril de 2019, así como la descripción del caso a bordo del crucero (mencionado más arriba).

Argentina confirmó 4 casos de sarampión, 3 importados y uno relacionado con la importación. Los detalles de los cuatro casos fueron publicados en la Actualización Epidemiológica del 18 de abril de 2019.

El genotipo identificado en el primer caso fue el genotipo B3, en el segundo, el genotipo D8 linaje MVi/Delhi.IND/01.14, similar al reportado en los casos del brote en el crucero en Brasil. En el tercer y cuarto caso (caso primario y secundario, respectivamente), se identificó el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16. Esta cepa tiene amplia distribución en Asia y Europa.

En **Brasil**, entre la SE 1 de 2018 y la SE 16 de 2019 se notificaron 19.036 casos sospechosos de sarampión (18.428 en 2018 y 608 en 2019) de los cuales 10.424 fueron confirmados (10.351 en 2018 y 73 en 2019) incluidas 12 defunciones (todas en 2018).

La tasa de incidencia acumulada a nivel del país es de 5,09 por 100.000 habitantes. Para los casos confirmados de los cuales está disponible la información, 4.691 son hombres y 5.715 son mujeres.

En 2018, fueron 11 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9.803 casos y 6 defunciones), Bahía (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (104

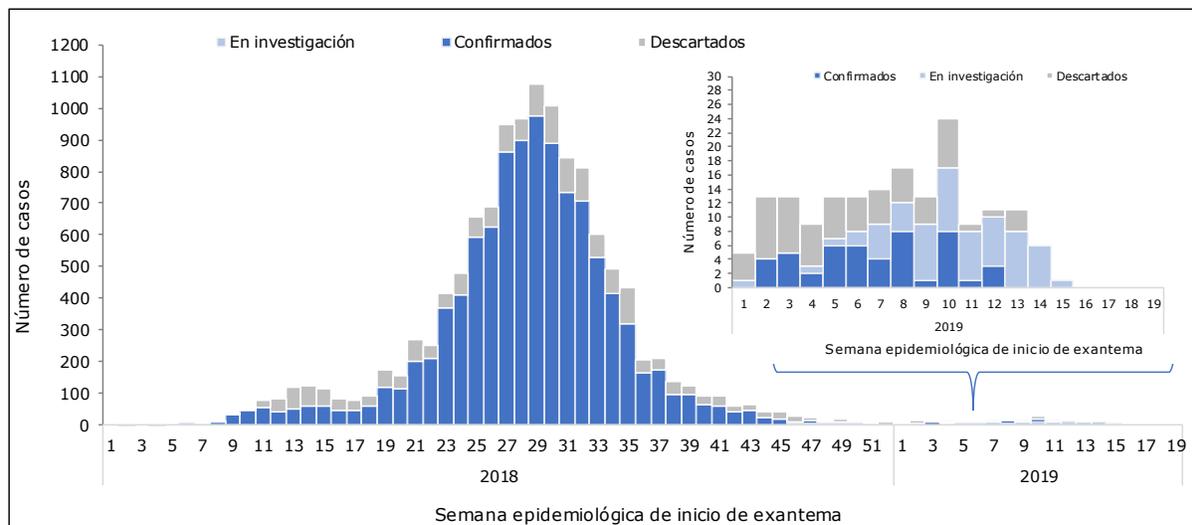
casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (20 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos). Mientras que en 2019 son 7 Unidades Federales que notifican casos confirmados: Amazonas (4 casos) Pará (43 casos), São Paulo (20 casos), Santa Catarina (3 casos), Rio de Janeiro (1 caso), Roraima (1 caso) y Minas Gerais (1 caso).

En Pará, Roraima y Amazonas, el genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que estaba circulando en Venezuela y otros países de la Región. Sin embargo, en São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro y el brote en un cruceo (descrito en la Actualización Epidemiológica del 18 de abril de 2019), el genotipo D8 identificado es diferente al de los estados antes mencionados. Adicionalmente, se notificaron dos casos importados de Europa en São Paulo y Minas Gerais.

La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en Brasil es el 20 de marzo de 2019 y corresponde al estado de Pará.

Los últimos casos confirmados importados de Venezuela tienen fecha de inicio de exantema en la SE 6 de 2019 y se registraron en el estado de Roraima.

Figura 2. Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estados de Amazonas, Roraima y Pará, Brasil, SE 1 de 2018 a SE 16 de 2019.



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

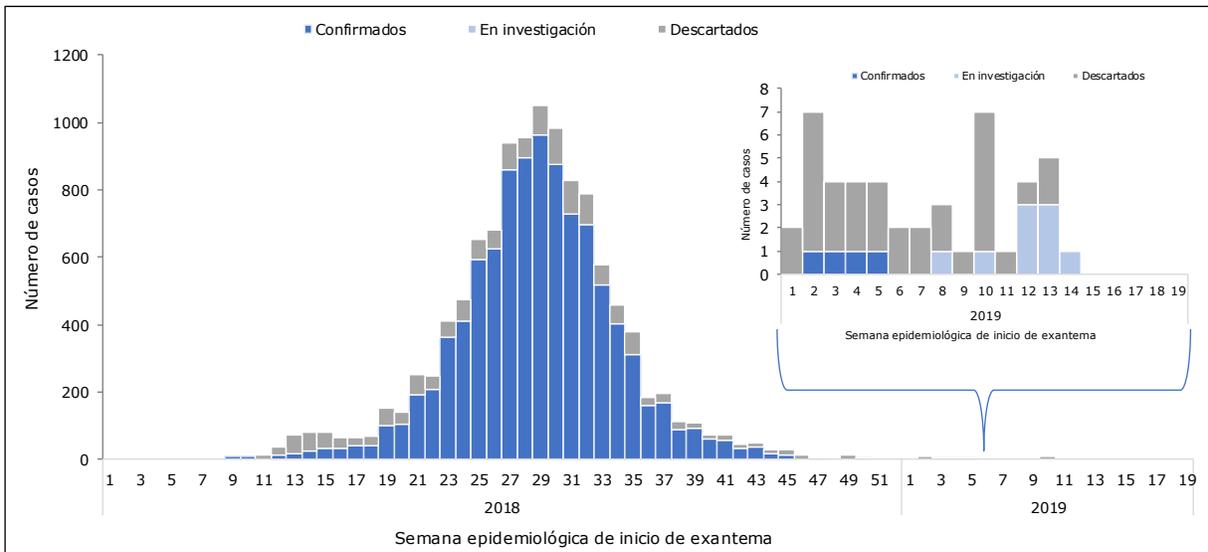
A continuación, una breve descripción de la situación epidemiológica en los estados de Amazonas, Pará y Roraima.

Amazonas: se notificaron 11.542 casos sospechosos, incluidas 6 defunciones entre el 6 de febrero de 2018 y el 15 de abril de 2019. Del total de casos sospechosos, 9.807 fueron confirmados (9.803 con fecha de inicio de exantema en 2018 y 4 en 2019), 1.643 descartados y 9 continúan en investigación (**Figura 3**). Los seis fallecidos corresponden a 3 menores de un año, 1 en el grupo de 5 a 9 años, 1 en el grupo de 40 a 49 años y 1 en el grupo mayor de 50 años.

El 45,07% (4.691) de los casos confirmados son hombres. El último caso confirmado en este estado tuvo inicio de exantema en la SE 5 y los últimos casos en investigación en la SE 13.

De los 62 municipios del estado, 46 notificaron casos confirmados. El 79% (11.470) de los casos sospechosos y el 86% (9.807) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Manaus. La tasa de incidencia acumulada de los casos confirmados en el estado es de 273,1 casos por 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa acumulada de incidencia son: Manacapuru (994,2 casos por 100.000 habitantes), seguido de Juruá (458,6 casos por 100.000 habitantes) y Manaus (378,2 casos por 100.000 habitantes).

Figura 3. Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estado de Amazonas, Brasil, SE 1 de 2018 a SE 16 de 2019.



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

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se observa en los menores de 1 año (1.997,1 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de 15 a 19 años (502,6 casos por 100.000 habitantes), 20 a 29 años (326,6 casos por 100.000 habitantes), 1 a 4 años (322,9 casos por 100.000 habitantes), 30 a 39 años (172,0 casos por 100.000 habitantes) y 40 a 49 años (106,9 casos por 100.000 habitantes).

Pará: se notificaron 378 casos sospechosos entre el 4 de febrero de 2018 y 15 de abril de 2019. Del total de casos sospechosos, 147 fueron confirmados (104 con inicio de exantema en 2018 y 43 en 2019), 222 fueron descartados y 9 continúan en investigación (**Figura 4**). Se registraron dos defunciones entre los casos confirmados, los cuales corresponden a dos venezolanos indígenas menores de 1 año.

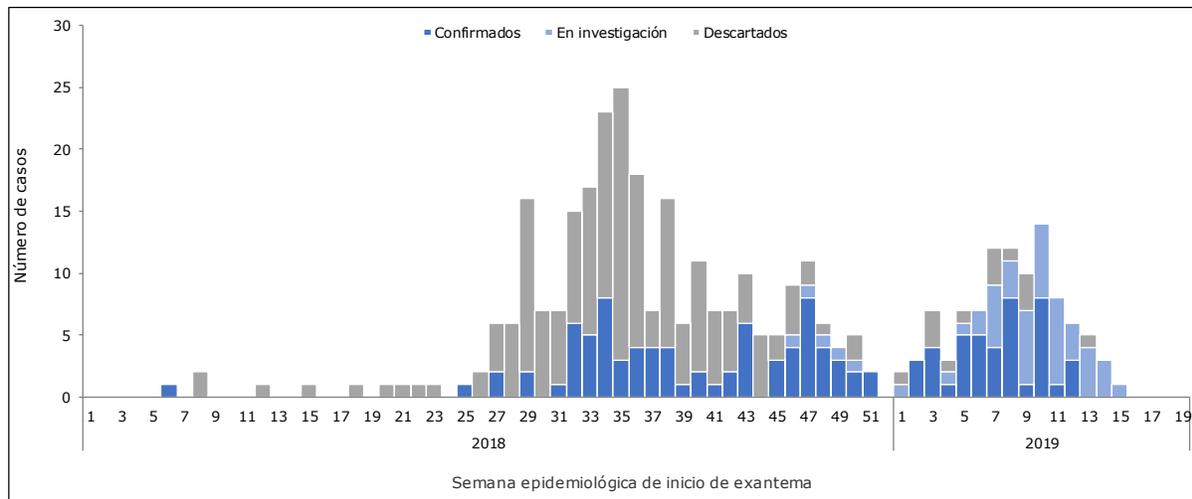
El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 20 de marzo de 2019 (SE 12), y el último caso en investigación también en la SE 12 de 2019.

Para los casos de los cuales está disponible la información, el 50% (52) de los casos confirmados son hombres. El 36% (116) de los casos sospechosos y el 40,4% (42) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Santarém. La tasa de incidencia acumulada del estado es de 1,3 por 100.000 habitantes.

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se reportó en los menores de 1 año (15 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4

años (3,1 casos por 100.000 habitantes), 5 a 9 años (1,4 casos por 100.000 habitantes), 10-14 años (1,3 casos por 100.000 habitantes) y 15-19 años (1,2 casos por 100.000 habitantes)

Figura 4. Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estado de Pará, Brasil, SE 1 de 2018 a SE 16 de 2019.



Fuente: Datos publicados por la Secretaría de Salud del estado de Pará y reproducidos por la OPS/OMS.

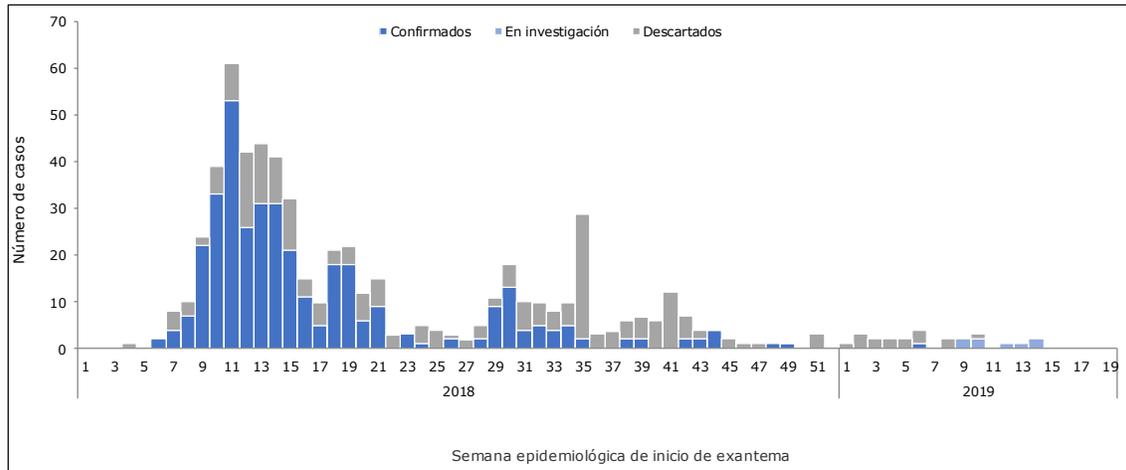
Roraima: se notificaron 602 casos sospechosos, incluidas 4 defunciones entre el 4 de febrero de 2018 y el 19 de marzo de 2019. Del total de casos sospechosos, 362 fueron confirmados (361 con fecha de inicio de exantema en 2018 y uno con fecha de inicio de exantema en 2019), 224 descartados y 16 continúan en investigación (**Figura 5**). El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 6 de febrero de 2019 (SE 6) y el último caso en investigación en la SE 14 de 2019.

El 54,0% (195) de los casos confirmados son hombres, 60,7% (219) son venezolanos, 38,5% (139) son brasileños y 1% (3 casos) corresponde a personas procedentes de otros países. El 40,4% de los casos confirmados son indígenas (128 de Venezuela y 18 de Brasil).

De los 15 municipios del estado, 13 notificaron casos confirmados. El 89,8% (542) de los casos sospechosos y 89% (323) de los casos confirmados fueron notificados por los municipios de Amajari, Boa Vista y Pacaraima. La tasa de incidencia acumulada en el estado es de 62,6 casos por 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia acumulada son: Pacaraima (314,5 casos por 100.000 habitantes), Amajari (72,6 casos por 100.000 habitantes), Cantá (61,6 casos por 100.000 habitantes.), Rorainópolis (50,8 casos por 100.000 habitantes) y Boa Vista (48,5 casos por 100.000 habitantes.)

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se reportó en los menores de 1 año (841,8 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (255,8 casos por 100.000 habitantes), 5 a 9 años (106,9 casos por 100.000 habitantes), 10 a 14 años (66,6 casos por 100.000 habitantes) y 15 a 19 años (51,0 casos por 100.000 habitantes).

Figura 5. Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Estado de Roraima, Brasil, SE 1 de 2018 a SE 16 de 2019.

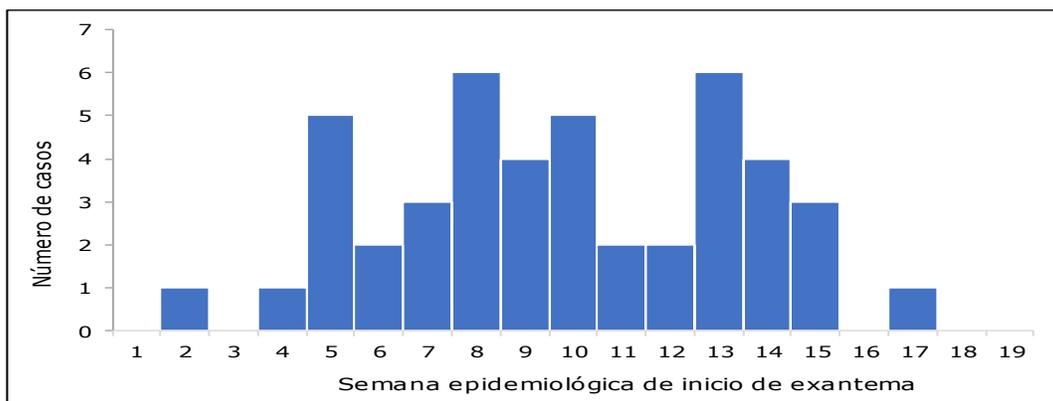


Fuente: Datos publicados por la Secretaría de Salud de Roraima y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 17 de 2019 se notificaron 45 casos confirmados de sarampión, reportados por las provincias de Québec, British Columbia, Ontario, Alberta, New Brunswick y los territorios de Northwest. En 37 de los 45 casos confirmados se identificó el genotipo, correspondiendo a B3 (12 casos) y D8 (25 casos).

La mayor proporción de casos corresponde a la provincia de British Columbia con 29 casos confirmados de sarampión entre el 1 de enero y 3 de mayo de 2019. Los casos fueron importados o relacionados a importación de los Estados Unidos, Filipinas, Japón o Vietnam. En algunos casos no se pudo establecer el origen de la infección. En esta provincia, 59% (17) de los casos son hombres, 34% (10) tenían cero dosis de vacuna. En orden decreciente, el 38% (11) se registró en el grupo de 10-19 años, 28% (8) en el de 20 a 29 años, 17% (5) en el de 40 y más, 10% (3) en los menores de 9 años y 7% (2) en el de 30 a 39 años.

Figura 6. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Canadá. SE 1-SE 17 de 2019.



Fuente: Datos publicados por la Agencia de Salud Pública de Canadá y reproducidos por la OPS/OMS.

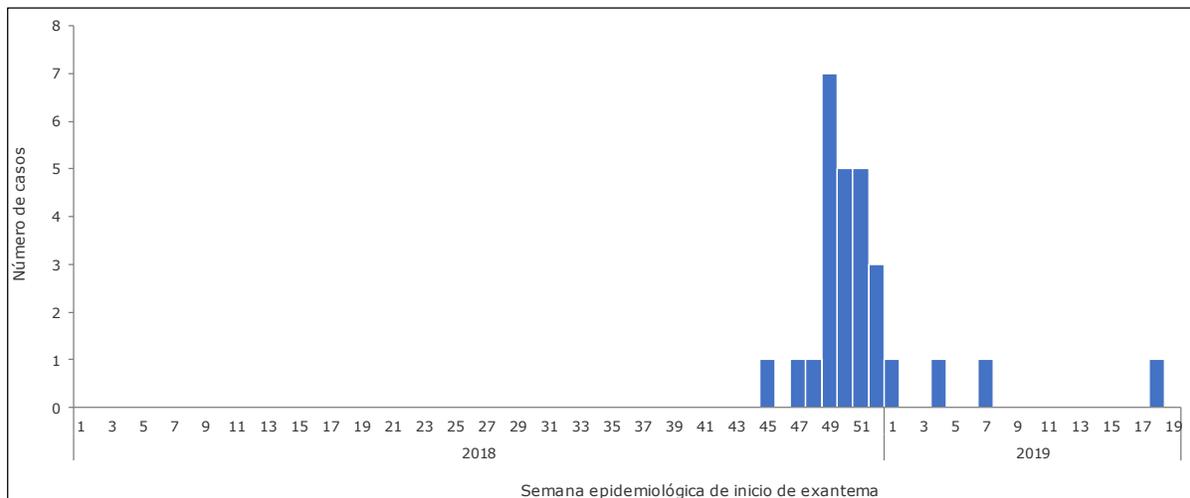
La información se actualiza periódicamente por la Agencia de Salud Pública de Canadá, está disponible en: <https://bit.ly/2J3Za4t>.

En **Chile**, se confirmaron 27 casos de sarampión (23 en 2018 y 4 hasta la SE 8 en 2019); 9 importados y 18 relacionados con la importación. Catorce casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El 54% (14) de los casos confirmados son hombres y el 57% (15) son menores de 1 año. Los casos se registraron con residencia en las regiones Metropolitana (24) y Biobío (2) en Chile y en una viajera europea.

El genotipo identificado en 18 casos fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 que está circulando en otros países de la Región.

El último caso confirmado importado tuvo inicio de exantema el 4 de mayo de 2019 y corresponde a una mujer de 28 años, procedente de Europa, que ingresó al país el 28 de abril. El genotipo viral identificado en este caso es D8, con un linaje distinto al del detectado en casos previos.

Figura 7. Casos confirmados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Chile, SE 45 de 2018 a SE 19 de 2019.



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

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 19 de 2019 se notificaron 8.752 casos sospechosos de sarampión (6.701 en 2018 y 2.051 en 2019) de los cuales 318 fueron confirmados (209 con fecha de exantema en 2018 y 109 en 2019). No se registran fallecidos. La genotipificación realizada en muestras de 87 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.

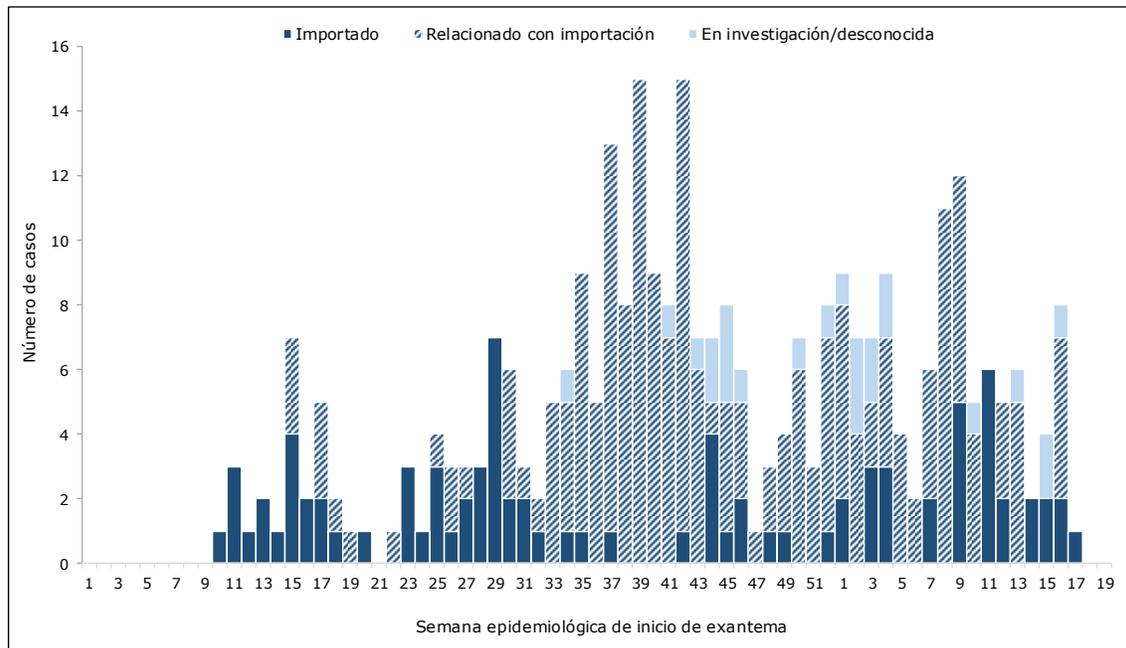
Los casos confirmados en 2019 corresponden a los departamentos de Atlántico, César, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y los Distritos de Barranquilla y Bogotá. De los 109 casos confirmados en 2019, el 32,1 % (35) es importado de Venezuela; el 55,9 % (61) corresponde a casos relacionados con la importación así: 13 en personas procedentes de Venezuela y 48 casos en colombianos; mientras que, para los casos restantes, el 13 % (13) la fuente de infección se encuentra en investigación.

En las últimas cuatro semanas (SE 16 – SE 19) se confirmaron 18 casos en Norte de Santander y La Guajira, de éstos, 7 son importados de Venezuela procedentes de Casigua, Mara y Ureña en el estado de Zulia y 11 casos son relacionados con la importación.

El último caso confirmado importado, tuvo inicio de exantema el 28 de abril de 2019 y el último caso en investigación tuvo inicio de exantema el 12 de mayo de 2019.

La tasa de incidencia acumulada es de 0,22 casos por 100.000 habitantes y las mayores tasas de incidencia acumulada se registran en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (5,5 casos por 100.000 habitantes), Bolívar (1,1 casos por 100.000 habitantes) y Barranquilla (3,2 casos por 100.000 habitantes).

Figura 8. Casos confirmados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Colombia, SE 10 de 2018 a SE 17 de 2019.



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

Costa Rica, entre la SE 1 y la SE 17 de 2019 notificaron 10 casos confirmados de sarampión. Tres de ellos importados y 7 relacionados con importación. Los 3 casos importados corresponden a un niño de 5 años, de nacionalidad francesa, sin antecedente de vacunación, y sus padres que llegaron al país el 18 de febrero desde la ciudad de París, Francia. Mientras que los 7 casos restantes, corresponden a una misma cadena de transmisión, relacionados con un caso importado. De estos 7 casos, uno corresponde a un costarricense, masculino de 29 años, que reside en el cantón de Turrialba en la provincia Cartago y que fue investigado como contacto del caso primario² y 6 corresponden a niños de una misma familia, ninguno de ellos vacunado. No existe relación epidemiológica entre los tres casos confirmados en febrero, con los otros 7 casos identificados posteriormente.

El genotipo identificado en los tres casos importados fue D8 y el linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16.

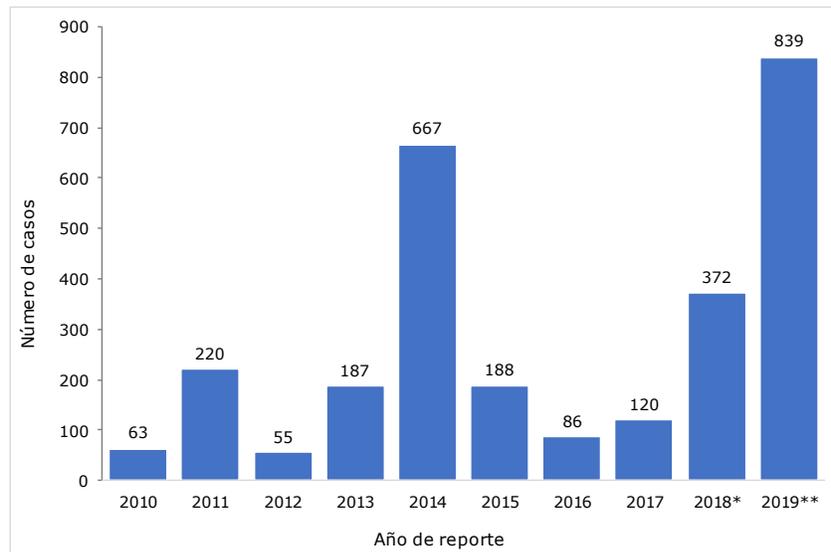
² Caso confirmado de sarampión en ciudadana procedente del estado de Oregón, en Estados Unidos, quien estuvo en Costa Rica, en contacto con los 7 casos confirmados durante su periodo de transmisibilidad.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 10 de mayo de 2019 se confirmaron 839³ casos de sarampión en 23 estados: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Oregon, Pennsylvania, Tennessee, Texas y Washington. Actualmente se reportan brotes⁴ en curso en las siguientes jurisdicciones: estados de California (Condados de Butte, Los Angeles y Sacramento), Georgia, Maryland, Michigan, New Jersey, New York (condado de Rockland y New York City), and Pennsylvania. Estos brotes están relacionados a viajeros con antecedentes de viaje a otros países, incluidos Israel, Ucrania y Filipinas.

La mayoría de los casos no estaban vacunados.

En 2018 se reportaron 17 brotes, siendo los brotes en el estado de Nueva York, la ciudad de Nueva York y el estado de Nueva Jersey los que registraron el mayor número de casos. Los casos ocurrieron principalmente entre personas no vacunadas de comunidades judías ortodoxas. Estos brotes se asociaron con viajeros provenientes de Israel, donde se está registrando un brote de gran magnitud. Durante 2018 se notificaron 82 casos importados de otros países, siendo éste el mayor número de casos importados registrado desde que se eliminó el sarampión de los Estados Unidos en el año 2000.

Figura 9. Casos notificados de sarampión según año de notificación. Estados Unidos, 2010-2019 (hasta el 10 de mayo).



*Casos hasta el 29 de diciembre del 2018. El recuento de casos es preliminar y está sujeto a cambios.

**Casos hasta el 10 de mayo del 2019. El recuento de casos es preliminar y está sujeto a cambios. Los datos se actualizan semanalmente.

Fuente: Datos publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y reproducidos por la OPS/OMS.

³ Numero de casos preliminar hasta el 10 de mayo de 2019. Sujeto a cambios.

⁴ Definido como 3 o mas casos relacionados.

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 **Perú** se confirmaron dos casos de sarampión en 2019. Uno importado y uno relacionado a importación. El caso importado, corresponde a una mujer de 40 años, peruana procedente de España que ingresó a Perú el 21 de marzo. Inició exantema el 1 de abril, fue hospitalizada por neumonía. El segundo caso, corresponde a un menor de 5 meses, quien estuvo en contacto con el caso importado durante su periodo de transmisibilidad en la sala de espera de un establecimiento de salud privado y que inició exantema el 21 de abril.

El genotipo de ambos casos es el D8, relacionado con el que circula en Europa.

En 2018 se habían confirmado 42 casos de sarampión, importados o relacionados a importación. No se registraron fallecidos. El 26% (11) de los casos fueron menores de 1 año. Los casos confirmados en 2018 procedían de Amazonas, Callao, Cusco, Ica, La Libertad, Lima, Piura y Puno.

Uruguay notificó 9 casos confirmados de sarampión, de los cuales 7 son adultos y 2 son lactantes. Uno de los casos es importado, con antecedente de viaje a Asia, 7 están relacionados con importación y uno se encuentra en investigación la fuente de infección. Hasta el 8 de mayo, se han identificado tres cadenas de transmisión. En dos de ellas, el lugar común han sido centros asistenciales y en la tercera el ambiente intradomiciliario.

La identificación de los genotipos y linajes de los casos está en proceso.

En **Venezuela**, el brote que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 18 de 2019, se notificaron 9.655 casos sospechosos (1.307 en 2017, 7.790 en 2018 y 558 en 2019) de los cuales 6.600 fueron confirmados (727 en 2017, 5.670 en 2018 y 203 en 2019). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.201), clínico (2.662) y nexos epidemiológicos (807). En 2019, se confirmaron por laboratorio (96), criterio clínico (50) y nexos epidemiológicos (57). Permanecen en investigación 149 casos. Se registraron 78 defunciones, 2 en 2017 (en Bolívar) y 76 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 8 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar).⁵

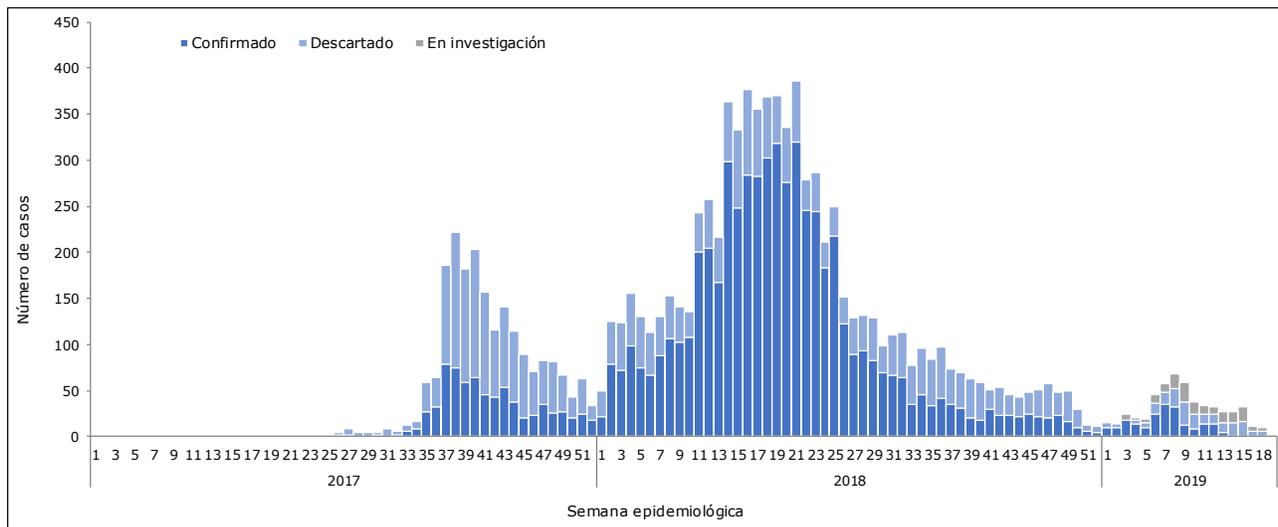
El último caso confirmado por laboratorio tuvo fecha de inicio de exantema el 25 de febrero de 2019, procedente del Distrito capital, municipio Libertador, parroquia El Valle.

La tasa promedio de incidencia 2017-2019 en el país es de 21 casos por 100.000 habitantes y las mayores tasas de incidencia acumulada se registran en Delta Amacuro (214 casos por 100.000 habitantes), Distrito Capital (127 casos por 100.000 habitantes), Amazonas (78 casos por 100.000 habitantes), Bolívar (55 casos por 100.000 habitantes), Vargas (46 casos por 100.000 habitantes) y Miranda (38 casos por 100.000 habitantes).

Los casos confirmados con fecha de inicio de exantema entre la SE 1 y la SE 18 de 2019 proceden de Anzoátegui (87), Zulia (84), Carabobo (9), Monagas (8), Distrito Capital (7), Miranda (3), Cojedes (2), Amazonas (1), Aragua (1) y Bolívar (1).

⁵ Nota: Los datos de este análisis reflejan los números actuales de los casos; sin embargo, puede haber algunas demoras en los informes y completitud de la información. Los datos también están sujetos a cambios a medida que la información de cada caso se actualiza y valida.

Figura 10. Casos notificados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Venezuela, 2017-2019 (hasta la SE 18).



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

Sarampión en crucero

El 1 de mayo de 2019 la OPS/OMS recibió información sobre un caso importado de sarampión a bordo de un crucero. El caso, corresponde a una mujer de 40 años, que inició exantema el 26 de abril y arribó a Aruba el 17 de abril, procedente de Europa. Ella embarcó en el crucero el mismo día como miembro de la tripulación. Mientras navegaba en el crucero desarrolló síntomas el 22 de abril y fue aislada. Posterior al inicio de exantema, el 27 de abril, se le tomaron muestras y el caso fue confirmado, primero en Aruba y después en los laboratorios de referencia de los Países Bajos (Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente de los Países Bajos, RIVM) y la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Al arribo del crucero a Curazao el 4 de mayo, las autoridades locales decidieron poner el crucero en cuarentena⁴ y realizaron la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo la toma de muestra de todos los pasajeros y la tripulación a bordo de la nave. No encontraron casos secundarios.

Los resultados de las muestras tomadas en Curazao, tanto a tripulantes como a pasajeros, indican que el 93% de ellos estaba protegido contra el sarampión. Se vacunó a la mayoría a pasajeros y tripulación que no tenía seroprotección. La cuarentena fue levantada para las personas con probada seroprotección el 11 de mayo y para el resto el 14 de mayo.

⁴ Definido según el Artículo 1 del Reglamento Sanitario Internacional que "significa la restricción de las actividades y/o la separación de los demás personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación."

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima, dos (casos fatales) en el estado de Pará. La mayor parte de los casos confirmados en Roraima 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 513 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados de: Amazonas⁷ (149 casos, de los cuales 132 son de la etnia Sanema, 16 Yanomami⁸, 1 Baniva), Bolívar (1 Pemón), Delta Amacuro (331 casos todos de la etnia Warao), Distrito Capital (1 Wayú), Monagas (22 casos, siendo 20 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa) y Zulia (9 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 62 defunciones de las cuales 35 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (26 de la etnia Sanema y 1 Yanomami).

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) refuerza las recomendaciones realizadas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros respecto a:

- Vacunar para **mantener coberturas homogéneas del 95%** con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis, 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) así como viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) **y jeringas** para acciones de control ante casos importados.
- **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.

⁷ La diferencia con el número de casos reportados previamente se debe a reclasificación de los casos según grupo étnico.

⁸ De acuerdo con datos previos proporcionados por las autoridades nacionales, entre la SE 11 y la SE 27 de 2018, hubo 126 casos confirmados de sarampión, incluyendo 53 muertes, en el municipio Yanomami de Alto Orinoco, Estado Amazonas en Venezuela.

- **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 dentro de los 5 días después de haberse recolectado la muestra y que los resultados de laboratorio estén disponibles oportunamente.
- 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).
- 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 edad⁹ 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 2017¹⁰.

⁹ 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.

¹⁰ 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>

Fuentes de información

1. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
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 de monitoreo semanal de sarampión y rubéola. Agencia de Salud Pública de **Canadá**. Semana 17 de 2019 (21 al 27 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/measles/surveillance-measles/measles-rubella-weekly-monitoring-reports.html>
4. Resumen epidemiológico sobre sarampión, British Columbia. Año 2019 hasta el 3 de mayo. Disponible en: <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Measles%20BC%20epi%20summary%202019%20YTD.pdf>
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. 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>
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. 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>