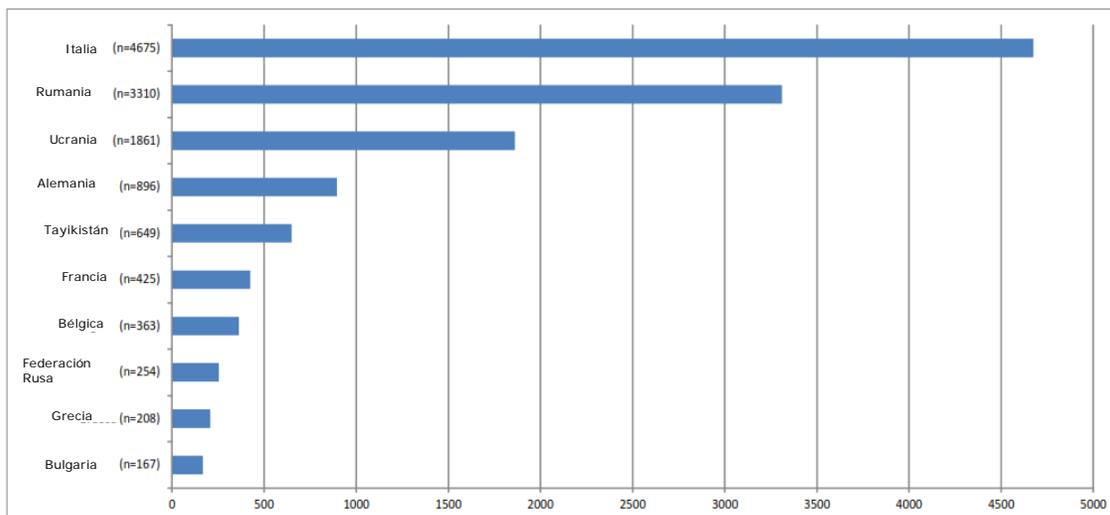


Resumen de la situación

En el periodo comprendido entre octubre de 2016 y septiembre de 2017, los países de la Región Europea notificaron 15.941 casos confirmados de sarampión; el 86% (n=13.712) de estos casos fueron notificados en 2017. La mayor incidencia se registró en Rumania (252,4 casos por 1 millón de habitantes), seguido de Italia (82,4 casos por 1 millón de habitantes) y Tayikistán (77,3 casos por 1 millón de habitantes). En 2017, ocurrieron 20 defunciones por sarampión, 10 de las cuales se registraron en Rumania.

En 2017, el 56% (7.725) de los casos de sarampión de la Región Europea fueron confirmados por resultados de laboratorio (serología, detección de virus o aislamiento) y los restantes por nexos epidemiológico o por clínica. Los genotipos identificados fueron D8 (n=405), B3 (n=547), H1 (n=22) y D9 (n=1).

Figura 1. Número de casos de sarampión en los 10 países en la Región Europea con la mayor cantidad de casos notificados. 1 de enero al 30 de septiembre de 2017.



Fuente: Oficina Regional de la OMS para la Región de Europa. Programa de Enfermedades Prevenibles por vacunación.

Países de otros continentes (China, Etiopía, India, Indonesia, República Democrática Popular Lao, Mongolia, las Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudan, Tailandia, y Vietnam, entre otros) también notificaron brotes de sarampión entre 2016 y 2017.

Región de las Américas

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 46 de 2017, se notificaron 600 casos de sarampión confirmados por laboratorio en cuatro países de la Región de las Américas: Argentina (3 casos), Canadá (46 casos¹), Estados Unidos de América (120 casos²) y la República Bolivariana de Venezuela (431³). El 36% de los casos que se notificaron en Argentina, Canadá y Estados Unidos de América son niños entre 1 y 4 años de edad; y el 60% de los casos no tenía antecedente de vacunación contra el sarampión y la rubeola.

En Venezuela, entre la SE 36 y SE 47 de 2017, se identificaron 773 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 431 fueron confirmados (por laboratorio o por nexo epidemiológico), 188 fueron descartados y 154 permanecen en investigación; no se registraron defunciones. La mayoría de los casos proceden del estado Bolívar. En el estado Anzoátegui se identificaron dos casos confirmados, ambos con nexo epidemiológico con el estado Bolívar. La vigilancia epidemiológica no ha identificado casos sospechosos en otras entidades federales que estén relacionados con este brote.

Entre los casos confirmados en el brote en curso en el estado Bolívar, los grupos de edad más afectados corresponden a los menores de 1 año (tasa de incidencia= 415 casos por 100.000 habitantes), seguidos por los de 1 año de edad (tasa de incidencia= 248 casos por 100.00 habitantes).

Se mantiene la búsqueda de casos, así como las actividades de vacunación institucional, en centros educativos, casa a casa y en puestos fijos, con vacunación indiscriminada con la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola - SRP) desde los 6 meses a los 5 años; con vacuna sarampión, rubéola (SR) al grupo etario de 6 a 10 años y vacunación selectiva con vacuna SR a los contactos de 11 a 39 años de edad.

Un resumen de las actividades de apoyo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en la implementación del plan de respuesta para la interrupción del brote de sarampión y el control de la difteria en Venezuela, se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://sway.com/QMZ5v7quo1AianxU?ref=Link>

Todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron casos importados de otros continentes, relacionados a importación o con fuente de infección desconocida. Los genotipos identificados fueron D8 en Argentina, B3 y D8 en Canadá y los Estados Unidos. En Venezuela el genotipo identificado fue el D8 (con un linaje diferente al D8 identificado en Brasil en años anteriores).

La Región de las Américas fue la primera en ser declarada por un Comité Internacional de Expertos (CIE) (1,2) como libre de los virus de la rubéola en 2015 y del sarampión en 2016. La principal medida para evitar la introducción y diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia de alta calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión o rubéola.

¹ Datos provisionales

² Datos provisionales

³ Confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico.

Orientaciones para las autoridades nacionales

La presente es una actualización de la [Alerta Epidemiológica publicada el 27 de octubre de 2017](#) y se mantiene las orientaciones realizadas en dicha Alerta.

Referencias

1. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola: Organización Pan Americana de la Salud. Vol.23, n.º 44, noviembre de 2017. [consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=42779&lang=es
2. WHO Epidata. Oficina Regional de la OMS para Europa. Informe mensual sobre la situación epidemiológica de enfermedades prevenibles por vacunación. [Consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/354206/2017_09_Epi_Data_EN_Oct2016_Sep2017.pdf
3. World Tourism Organization (UNWTO). Press Release: Close to one billion international tourists in the first nine months of 2016. [Consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://media.unwto.org/press-release/2016-11-07/close-one-billion-international-tourists-first-nine-months-2016>
4. World Health Organization. WHO EpiBrief. No. 02/2017. [Consultado el 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/349062/EpiBrief_2_2017_EN-2.pdf

Enlace de utilidad:

- OPS/OMS - Inmunizaciones: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1865&Itemid=1899&lang=es