

### Resumen de la situación

Entre el 1 de enero y el 20 de mayo de 2020, 9 países notificaron 3.407 casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas: Argentina (60 casos, incluida una defunción), Bolivia (2 casos), Brasil (3.155 casos, incluidas 4 defunciones), Canadá (1 caso), Chile (2 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos de América (12 casos), México (172 casos) y Uruguay (2 casos).

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en Argentina, Bolivia, Brasil y México, países que han notificado casos confirmados de sarampión desde la última Actualización Epidemiológica de sarampión<sup>1</sup>.

En **Argentina**, 119<sup>2</sup> casos confirmados de sarampión tuvieron inicio de exantema en 2019 y 60 casos en 2020 (**Figura 1**).

Entre la semana epidemiológica SE 33 de 2019 y la SE 20 de 2020 se notificaron 5.440 casos sospechosos, de estos, 174<sup>3</sup> fueron confirmados (incluida una defunción). Este periodo corresponde a la notificación de casos de un mismo brote, por el cual Argentina corre el riesgo de restablecer la transmisión endémica en la SE 33 de 2020, si no se logra la interrupción antes de dicha fecha. Del total de casos confirmados, en 159 no se pudo establecer el origen y forman parte de un mismo brote. En este brote, se ha identificado la circulación del genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/. De los 15 casos importados, 3 fueron importados desde Estados Unidos de América, 9 desde Brasil y 3 casos con antecedente de viaje a España y Sudeste asiático. En 8 de los casos importados se detectó el genotipo D8 (linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ en 4 de estos casos) y en un caso el genotipo B3 MVs/Kabul.AFG/20.2014/3.

Con relación a la distribución por residencia, un caso es residente de la provincia de Córdoba (con antecedente de viaje a Brasil), 141 casos (81%) son de la provincia de Buenos Aires (incluyendo 5 casos importados) y 32 casos (18,4%) son residentes de la ciudad de Buenos Aires (incluyendo 9 casos importados).

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 17 de abril de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3enYh28>

<sup>2</sup> 5 casos tuvieron inicio de exantema entre la SE 1 y 32 de 2019, todos fueron importados.

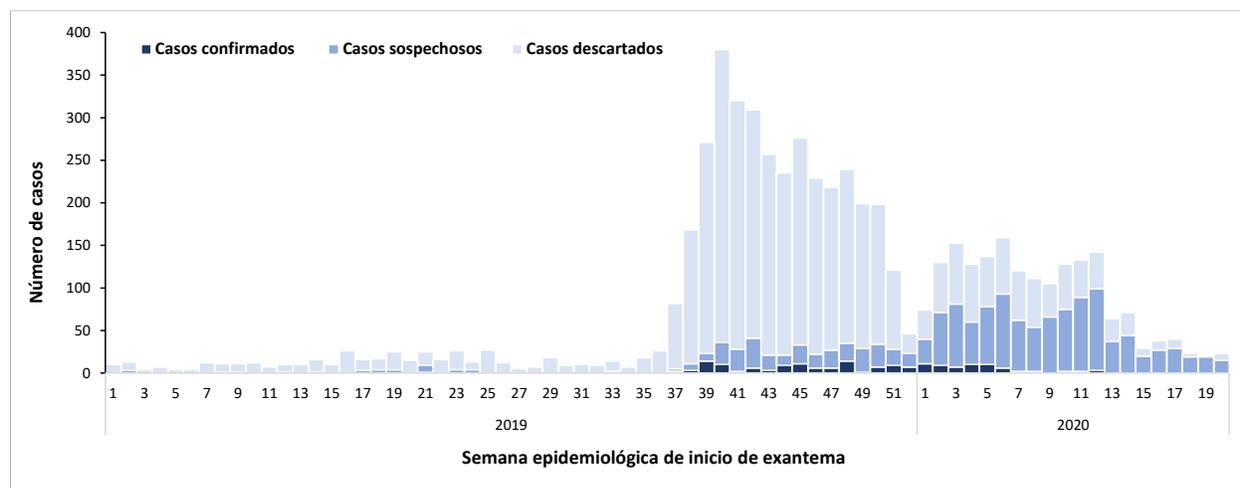
<sup>3</sup> La diferencia de casos respecto a la última actualización se debe a la confirmación por criterio clínico realizada por la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación Endémica de Argentina, durante la revisión de casos.

Entre los 174 casos confirmados, 131 (85,6%) no estaban vacunados, 22 (14,4%) estaban vacunados con una dosis y 13 (8,5 %) con dos dosis<sup>4</sup>. En 8 (5%) casos no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

Las mayores tasas de incidencia se observaron en menores de 5 años, con la siguiente desagregación: los menores de 1 año (5,27 casos por 100.000 habitantes), el grupo de 1 año (2,96 casos por 100.000 habitantes) y de 2 a 4 años (0,80 casos por 100.000 habitantes).

La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado fue el 19 de marzo de 2020 en el municipio de Ezeiza, provincia de Buenos Aires.

**Figura 1.** Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Argentina, SE 1 de 2019 a SE 20 de 2020.



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

En **Bolivia**, entre la SE 16 y la SE 18 de 2020, se notificaron dos casos confirmados de sarampión. El primer caso corresponde a una mujer de 29 años, residente de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en el departamento de Santa Cruz, con antecedentes de vacunación, sin antecedente de viaje y que inició exantema el 16 de abril. El segundo caso corresponde a una niña de 11 meses, residente del municipio de Cotoca, departamento de Santa Cruz. El caso no tiene antecedente de vacunación, tiene nexo epidemiológico con el primer caso confirmado e inició exantema el 15 de abril de 2020.

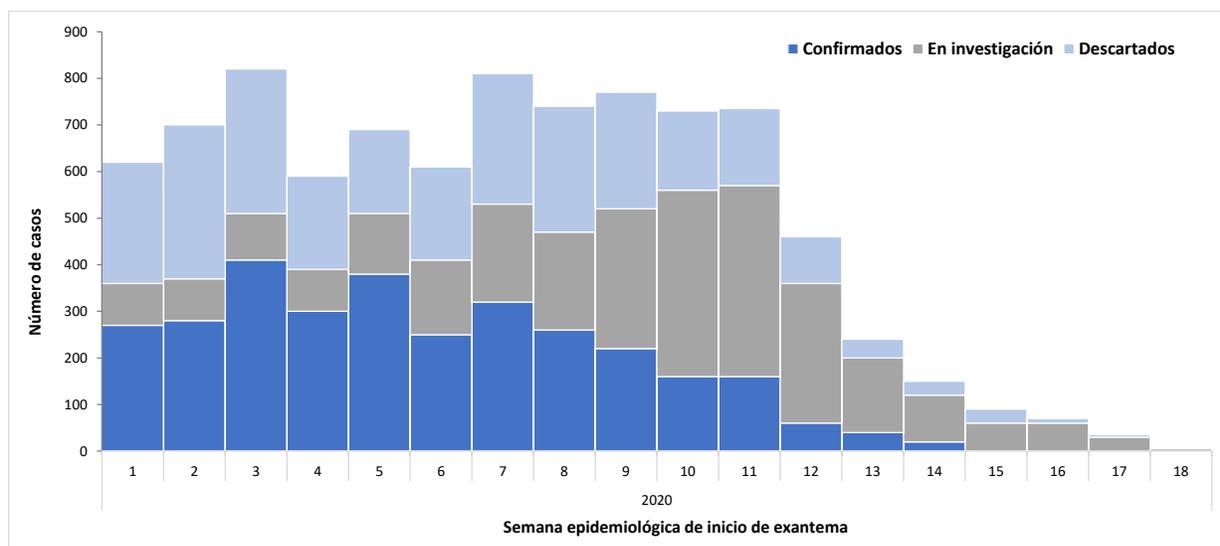
La identificación de genotipo y linaje de los dos casos está en proceso.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 18 de 2020, se notificaron 8.976 casos sospechosos, de los cuales 3.155 fueron confirmados (incluidas cuatro defunciones), 2.811 fueron descartados y 3.010 continúan en investigación. El genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ que circuló en 2019, continúa predominando en 2020.

<sup>4</sup> Tres pacientes vacunados presentaban inmunocompromiso.

Entre la SE 1 y la SE 18 de 2020, se observa un promedio de 175,3 casos por semana epidemiológica, a partir de la SE 11 se observa un descenso progresivo en la notificación de casos sospechosos. (Figura 2).

**Figura 2.** Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Brasil, SE 1 a SE 18 de 2020.



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

Las unidades federales que continúan con brotes activos<sup>5</sup> en 2020 son 20: Pará con 1.272 casos confirmados, Rio de Janeiro con 874 casos confirmados, São Paulo con 604 casos confirmados, Paraná con 189 casos confirmados, Santa Catarina con 103 casos confirmados, Pernambuco con 32 casos confirmados, Rio Grande do Sul con 31 casos confirmados, Maranhão con 9 casos confirmados, Sergipe con 8 casos confirmados, Minas Gerais con 7 casos confirmados, Alagoas con 5 casos confirmados, Amazonas con 4 casos confirmados, Amapá con 4 casos confirmados, Goiás con 4 casos confirmados, Bahía con 2 casos confirmados, Distrito Federal con 2 casos confirmados, Rondônia con 2 casos confirmados, Ceará con 1 caso confirmado, Mato Grosso do Sul con 1 caso confirmado y Tocantins con 1 caso confirmado.

Entre la SE 26 de 2019 y la SE 10 de 2020, el genotipo identificado en los estados con brotes activos fue el D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/.

De los 3.155 casos confirmados, 2.012 (63,8%) no estaban vacunados, 11 (0,3%) estaban vacunados con una dosis y 7 (0,2%) con dos dosis. En 736 (23,3%) casos no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

Las Unidades Federales que reportan mayor tasa de incidencia acumulada de casos confirmados de sarampión en Brasil son: Pará (72,4 casos por 100.000 habitantes), Rio de Janeiro (49,7 casos por 100.000 habitantes), São Paulo (34,4 casos por 100.000 habitantes) y

<sup>5</sup> Unidades federales que notificaron casos confirmados en los últimos 90 días.

Paraná (10,8 casos por 100.000 habitantes). A continuación, se presenta la situación epidemiológica en esas unidades federales:

En *Pará*, entre la SE 1 y la SE 18 de 2020, se notificaron 2.148 casos sospechosos, de los cuales 1.272 fueron confirmados (incluidas dos defunciones, en menores de 5 años), 287 fueron descartados y 589 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de 20 a 29 años (440,8 por 100.000 habitantes); seguido por el de 15 a 19 años (305,9 por 100.000 habitantes); y el grupo de menores de 1 año (204,8 por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 869 (68,3%) no estaban vacunados, 169 (13,3%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 234 (18,4%) casos no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En *Rio de Janeiro*, entre la SE 1 y la SE 18 de 2020, se notificaron 2.598 casos sospechosos, de los cuales 874 fueron confirmados (incluida una defunción), 401 fueron descartados y 1.323 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de menores de 1 año (99,2 por 100.000 habitantes); seguido por el de 15 a 19 años (15,0 por 100.000 habitantes); y el grupo de 1 a 4 años (13,2 por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 598 (68,4%) no estaban vacunados, 276 (31,6%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona).

En *São Paulo*, entre la SE 1 y la SE 18 de 2020, se notificaron 2.391 casos sospechosos, de los cuales 604 fueron confirmados (incluida una defunción), 1.305 fueron descartados y 482 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de menores de 1 año (32,6 por 100.000 habitantes); seguido por el de 1 a 4 años (4,7 por 100.000 habitantes); y el grupo de 15 a 19 años (3,9 por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 232 (38,4%) no estaban vacunados, 250 (41,4%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 122 (20,2%) casos no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En *Paraná*, entre la SE 1 y la SE 18 de 2020, se notificaron 573 casos sospechosos, de los cuales 189 fueron confirmados, 49 fueron descartados y 335 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en grupo de 20 a 29 años (13,4 por 100.000 habitantes); seguido por el de menores de 1 año (13,1 por 100.000 habitantes); el de 1 a 4 años (4,7 por 100.000 habitantes); y el grupo de 15 a 19 años (11,3 por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 177 (93,7%) no estaban vacunados, 12 (6,3%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona).

En **México**, entre la SE 7 y la SE 20 de 2020, se notificaron 1.741 casos probables<sup>6</sup>, de los cuales 172 fueron confirmados, 1.357 fueron descartados y 212 continúan en investigación.

De los 172 casos confirmados, 136 se notificaron en la ciudad de México, 34 en el estado de México y 2 en el estado de Campeche; a continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de sarampión en cada uno:

---

<sup>6</sup> Caso probable de sarampión o rubéola de México: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre y exantema maculopapular, y uno o más de los siguientes signos y síntomas: tos, coriza, conjuntivitis o adenomegalias (retroauriculares, occipitales o cervicales). Disponible en: <https://bit.ly/2KeOiDm>

En la *Ciudad de México*, se notificaron 484 casos probables, de los cuales 136 fueron confirmados por laboratorio y 36 permanecen bajo investigación. Se notificaron casos confirmados en 14 alcaldías: Gustavo A. Madero (73 casos), Miguel Hidalgo (17 casos), Iztapalapa (10 casos), Cuajimalpa de Morelos (8 casos), Álvaro Obregón (8 casos), Cuauhtémoc (5 casos), Xochimilco (4 casos), Coyoacán (3 casos), Tlahuac (2 casos), Tlalpan (2 casos), Azcapotzalco (1 caso), Milpa Alta (1 caso), Venustiano Carranza (1 caso) e Iztacalco (1 caso). De los 136 casos confirmados en la ciudad de México, todos son ciudadanos mexicanos y el 59,6% son hombres. La mayor proporción de casos confirmados se observó en el grupo etario de 20 a 29 años (28,7%), seguido del grupo de 2 a 9 años (16,9%), de 30 a 39 años (13,2%), 40 a más años (11,8%), menores de 1 año (11,0%), de 1 año (9,6%) y de 10 a 19 años (8,8%). De los casos confirmados en la ciudad de México, 24 (17,7%) tienen antecedentes comprobados de vacunación. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 1 de mayo de 2020, en la alcaldía de Iztapalapa.

En el *Estado de México*, se notificaron 196 casos probables, de los cuales 34 fueron confirmados por laboratorio y 46 permanecen bajo investigación. Los casos confirmados, se notificaron en 11 municipios del estado de México: Ecatepec de Morelos (11 casos), Tlalnepantla de Baz (9 casos), Nezahualcóyotl (4 casos), Tecámac (2 casos), Toluca (2 casos), Atizapán de Zaragoza (1 caso), Chimalhuacán (1 caso), Zinacantepec (1 caso), Naucalpan (1 caso), Zumpango (1 caso) y Cuautitlán (1 caso). De los 34 casos confirmados todos son ciudadanos mexicanos y el 50% son hombres. La mayor proporción de casos confirmados corresponde al grupo etario de 2 a 9 años (20,6%), seguido por el grupo de 1 año (17,6%), de 30 a 39 años (14,7%), de 20 a 29 años (14,7%), de menores de 1 año (11,8%), de 10 a 19 años (11,8%), y 40 a más años (8,8%). De los casos confirmados, el 20,6% tiene antecedente comprobado de vacunación. El último caso confirmado en el Estado de México tuvo inicio de exantema el 20 de abril, en el municipio de Nezahualcóyotl.

En el *Estado de Campeche*, se notificaron 8 casos probables, de los cuales 2 fueron confirmados y 5 permanecen bajo investigación. El primer caso fue descrito en la Actualización Epidemiológica previa<sup>7</sup>. El segundo caso confirmado es una niña de 8 meses, sin antecedentes de vacunación, residente de la comunidad Miguel Colorado del municipio de Champotón y tuvo inicio de exantema el 10 de abril de 2020.

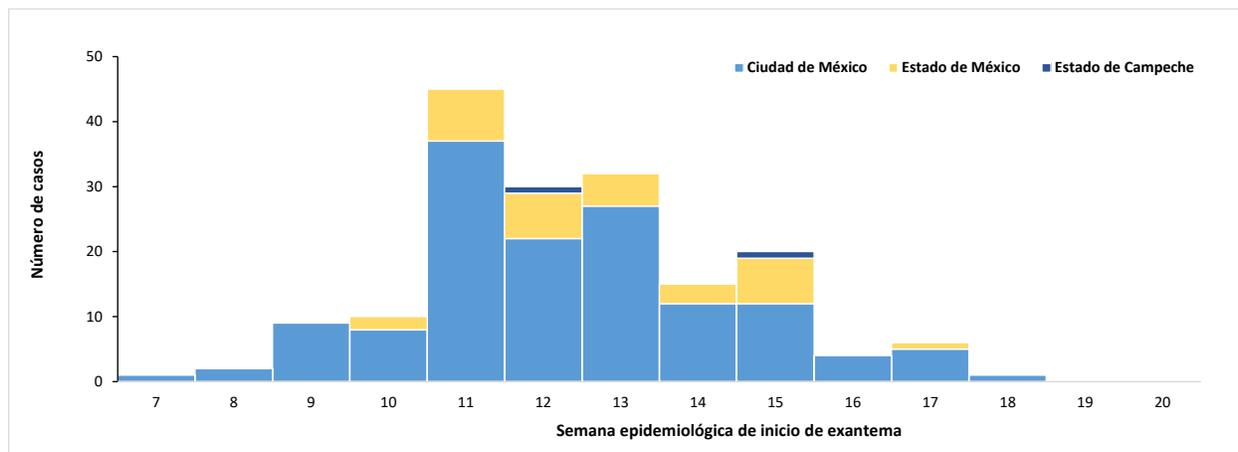
En México, las edades de los casos confirmados de sarampión son entre 3 meses y 67 años y el 57% son hombres. Las fechas de inicio de exantema de los casos confirmados en México están entre el 12 de febrero y el 1 de mayo de 2020 (**Figura 3**).

El análisis realizado por el Laboratorio Nacional de Referencia (InDRE) identificó el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ en 60 de los casos confirmados.

---

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 17 de abril de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2yo1KOg>

**Figura 3.** Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema. México, SE 7 a la SE 20 de 2020.



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

## Orientaciones para las autoridades nacionales

En el escenario de la pandemia por COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha generado un documento con orientaciones respecto al funcionamiento de los programas de inmunizaciones en el contexto de la pandemia por COVID-19, publicada el 26 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/2RNlFgz>, las cuales fueron consultadas con los miembros del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de OPS, y están alineadas con las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS (SAGE por sus siglas en inglés).

Dentro de los lineamientos y recomendaciones para países con brotes de sarampión se destaca lo siguiente:

### Vacunación

- Involucrar al Grupo Técnico Asesor Nacional sobre Inmunización (NITAG por sus siglas en inglés) en la toma de decisiones sobre la continuidad del servicio de vacunación.
- En los establecimientos de salud en los cuales se van a realizar actividades de vacunación, es fundamental que los profesionales de salud estén atentos a signos y síntomas de enfermedades respiratorias y ofrezcan a los pacientes con síntomas gripales una mascarilla quirúrgica y los refieran para evaluación médica según los protocolos locales de abordaje inicial de los pacientes con sospecha de COVID-19.
- Aunque actualmente no existen contraindicaciones médicas conocidas sobre la vacunación de una persona que haya tenido contacto con un caso de COVID-19, se recomienda diferir la vacunación hasta que se haya cumplido la cuarentena (14 días después de la última exposición).

- De ocurrir un brote de una EPV, se deberá evaluar el riesgo-beneficio de realizar una vacunación de respuesta al brote teniendo en cuenta la capacidad del sistema de salud para ejecutar esta actividad de manera segura en el contexto de la actual pandemia de COVID-19. El análisis deberá evaluar el riesgo de una respuesta tardía frente a los riesgos asociados de una respuesta inmediata, tanto en términos de morbilidad y mortalidad por la EPV, como del impacto potencial de una mayor transmisión de SARS-CoV-2. Si se decide la realización de una campaña de vacunación, se deberá cumplir con medidas estrictas para proteger a los trabajadores de la salud, salvaguardar a la población y garantizar el manejo de los desechos sólidos. Si la decisión es retrasar la campaña de vacunación de respuesta al brote, se requerirá realizar una evaluación periódica de la morbilidad y mortalidad por la EPV y considerar el riesgo de un mayor retraso en la respuesta.
- El servicio de vacunación deberá restablecerse cuando se haya reducido el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 y la capacidad del sistema de salud se haya recuperado lo suficiente como para reanudar estas actividades. Es probable que todavía haya algún nivel de transmisión de SARS-CoV-2 en curso cuando se reanuden los servicios. Es probable que aún se necesiten medidas más estrictas de prevención y control de infecciones y prácticas de distanciamiento social en las fases iniciales de la reanudación del servicio de vacunación. El NITAG debe asesorar al país sobre cómo reanudar el servicio y que poblaciones deben ser priorizadas.
- Vacunar a poblaciones en riesgo residentes en zonas donde está circulando el virus de sarampión que no tengan prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en empresas de servicios esenciales, instituciones con población cautiva y transporte (hospitales, aeropuertos, cárceles, albergues, pasos fronterizos, medios de transporte masivo urbano y otros), así como viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), y jeringas/insumos para acciones de prevención y control ante casos importados.

### **Vigilancia epidemiológica**

- Los sistemas de vigilancia deben continuar con la detección temprana y el manejo de casos de EPV, como mínimo para enfermedades con mandatos de vigilancia global y objetivos de eliminación como el sarampión y la rubéola, entre otros.
- En situación de brote y en caso de no poder confirmar los casos sospechosos por laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexos epidemiológicos, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.
- La vigilancia rutinaria para otras EPV debe continuar tanto como sea posible; cuando no sea posible realizar pruebas de laboratorio, las muestras deben almacenarse adecuadamente para su confirmación cuando la capacidad del laboratorio lo permita. Los países deben garantizar suficiente capacidad de almacenamiento de muestras a nivel provincial y central, y monitorearla regularmente.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras para detectar y responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.

## Respuesta rápida

- Brindar una respuesta rápida frente a los casos 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, subnacional 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 de pacientes internados por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad<sup>8</sup> 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 2017<sup>9</sup>.

## Fuentes de información

1. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para 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 **Bolivia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Boletín semanal de vigilancia epidemiológica de sarampión, rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita. OPS/OMS Unidad de Inmunizaciones. Vol. 26, No 18, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2AhCTwx>

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Ver en la Actualización Epidemiológica de Sarampión del 27 de octubre de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017. Disponible en <https://bit.ly/2jErtHU>

6. OPS/OMS. El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19 – 26 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2XKtkAe> (en Español) <https://bit.ly/2xCi1iM> (en Portugués) y <https://bit.ly/2VALMsi> (en Ingles).
7. OMS. COVID-19: Orientaciones para las actividades de inmunización durante la Pandemia de COVID-19, 26 de marzo, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/34sfun8>
8. OMS. COVID-19: Guía operacional para mantenimiento de los servicios de salud esenciales durante un brote. OMS. Guía provisional. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/34H1ohW>

## Enlace de utilidad:

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