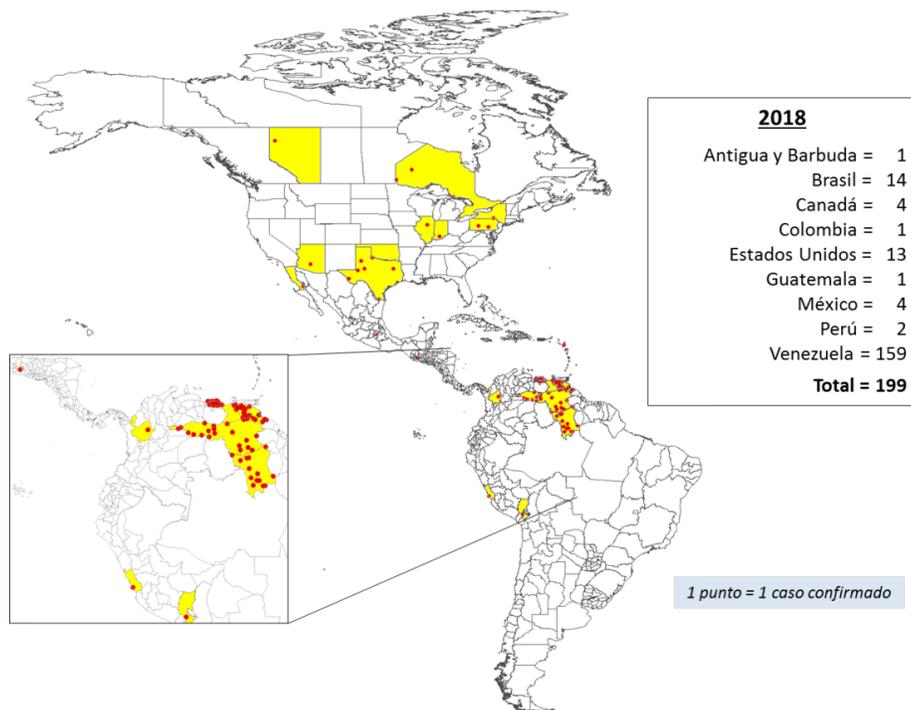


## Resumen de la situación

En 2017, cuatro países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), los Estados Unidos de América (120 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (727 casos).

En los primeros meses de 2018 son 9 los países que han notificado casos confirmados: Antigua y Barbuda (1 caso), Brasil (14 casos), Canadá (4 casos), Colombia (1), Estados Unidos de América (13 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y Venezuela (159 casos). **Figura 1.**

**Figura 1.** Distribución de casos confirmados de sarampión por nivel sub nacional. Región de las Américas, 2018\*



**Fuentes:** Reportes de vigilancia enviados a la Unidad de Inmunizaciones de la OPS/OMS y por el Ministerio de Salud de Venezuela.

\*Datos hasta la semana epidemiológica (SE) 11 de 2018

A continuación, se presenta un resumen de la situación reportada por los países en 2018.

**Cita sugerida:** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, Sarampión. 16 de marzo de 2018, Washington, D.C. OPS/OMS. 2018

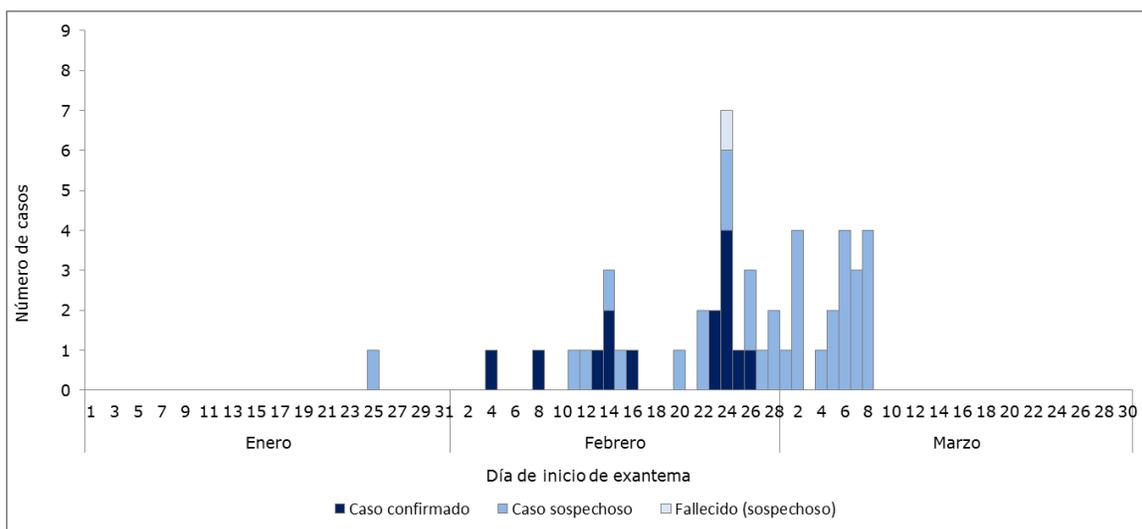
Los casos notificados en **Antigua y Barbuda** y en **Guatemala** corresponden a casos importados desde Reino Unido y Alemania, respectivamente. El resumen de cada país, se encuentra disponible en: <http://bit.ly/2E7FeHz>

En **Brasil**, se encuentra en curso un brote de sarampión con casos notificados en los municipios de Boa Vista y Pacaraima, estado de Roraima. A partir de la detección del primer caso en la semana epidemiológica (SE) 8 de 2018 y hasta el 12 de marzo de 2018 se notificaron 50 casos sospechosos de sarampión (43 en el municipio de Boa Vista y 7 en el municipio de Pacaraima), de los cuales 14 fueron confirmados por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares y 36 permanecen en investigación (entre ellos un fallecido). (**Figura 2**).

Todos los casos confirmados se reportaron en ciudadanos venezolanos, no vacunados, cuyas edades oscilan entre 9 meses a 18 años de edad, 10 de los cuales son del sexo masculino.

De acuerdo con el análisis de laboratorio realizado por la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), el genotipo identificado en todos los casos confirmados es el D8. Este genotipo es idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

**Figura 2.** Casos notificados de sarampión, según fecha de inicio de exantema. Estado de Roraima, Brasil. 1 de enero al 12 de marzo de 2018



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

Acciones implementadas:

- Campaña de vacunación contra el sarampión en 15 municipios de Roraima, dirigida a susceptibles de 6 meses a 49 años de edad e inmigrantes venezolanos.
- Intensificación de la vigilancia epidemiológica a través de búsqueda activa y retrospectiva institucional, identificación y seguimiento de contactos.
- Fortalecimiento de la red de laboratorios.
- Comunicación del riesgo.

En **Colombia**, en la semana epidemiológica (SE) 11 de 2018, se notificó un caso de sarampión que corresponde a un masculino de 14 meses de edad, actualmente hospitalizado, de nacionalidad venezolana y procedente de la ciudad de Caracas, Venezuela. El caso fue reportado por el municipio de Medellín, departamento de Antioquia. El niño llegó al país el 2 de marzo y la fecha de inicio de exantema fue el 8 de marzo. El Instituto Nacional de Salud informó sobre la detección de anticuerpos anti sarampión IgM en suero y por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR por su sigla en inglés) en hisopado faríngeo positivo el 14 de marzo.

Acciones implementadas:

- Identificación y seguimiento de contactos. Todos asintomáticos a la fecha.
- Búsqueda activa institucional y comunitaria
- Vacunación de susceptibles

En **México**, entre la SE 1 y 10 de 2018 se confirmaron 4 casos de sarampión importados o asociados a importación.

El primer caso fue detectado en la SE 7 y corresponde a una mujer de 38 años de edad, residente de Tijuana, Baja California que fue contacto de un caso confirmado de sarampión identificado en un vuelo internacional. El caso fue confirmado por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) mediante prueba molecular de RT-PCR en tiempo real; el análisis filogenético identificó el genotipo B3.

Otros tres casos de sarampión fueron confirmados en la Ciudad de México, con fecha de inicio de exantema entre las SE 7 y 10. Estos casos, están relacionados entre sí y corresponden a una mujer de 39 años de edad, su hijo (de 1 año de edad) y la cuidadora del menor (de 48 años de edad).

Con relación al antecedente de vacunación de los 4 casos confirmados, uno de ellos estaba vacunado, el menor estaba a un día de cumplir un año para vacunarse y los dos adultos desconocían su antecedente de vacuna contra sarampión.

En la SE 10, se detectó un caso probable de sarampión, correspondiente a un menor de 4 años, extranjero, el cual visitó la ciudad de Guasave, estado de Sinaloa y ya retornó a su país. El caso resultó con prueba de serología positiva para sarampión realizada por el InDRE. El país de residencia fue debidamente informado para el seguimiento y clasificación final del caso.

Acciones realizadas:

- Identificación y seguimiento de los contactos.
- Búsqueda de casos probables alrededor del domicilio de los casos confirmados (en un área de 25 manzanas) y sitios visitados durante periodo de transmisibilidad.
- Búsqueda de casos probables en unidades de salud en las que solicitaron atención médica los casos confirmados.
- Notificación diaria de casos probables de sarampión en toda la Ciudad de México.
- Verificación de coberturas de vacunación y vacunación de personas susceptibles.
- Campaña de comunicación a la sociedad.

En **Perú**, entre la SE 9 y 11 de 2018 se confirmaron dos casos de sarampión en residentes peruanos que no han salido fuera del país.

El primer caso fue notificado el 2 de marzo de 2018 y corresponde a un varón de 46 años, con fecha de inicio de exantema el 24 de febrero de 2018, residente del distrito de Callao, con lugar probable de infección en investigación. Durante el periodo de incubación, el caso se desplazó entre Lima- Callao y el distrito de Vilque Chico (Puno).

El segundo caso fue notificado el 12 de marzo y corresponde a un varón de 16 años, con fecha de inicio de exantema el 28 de febrero el cual fue identificado como parte de una búsqueda activa en la ciudad de Juliaca, distrito de San Román, Puno.

La confirmación de laboratorio de ambos casos se realizó a través de pruebas serológicas y moleculares en el Instituto Nacional de Salud (INS).

No se ha identificado casos importados o relacionados a otro caso importado que pudiera ser la fuente de contagio de los casos confirmados.

Acciones implementadas:

- Aislamiento domiciliario de los casos confirmados.
- Intensificación de las actividades de vacunación, incluyendo actividades de vacunación alrededor de la residencia y en las áreas por donde circularon los casos durante el periodo de infectividad.
- Búsqueda y seguimiento de contactos.
- Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos de sarampión. A la fecha, se han identificado 44 casos sospechosos, de los cuales 35 fueron descartados por laboratorio, 1 fue confirmado (segundo caso) y 8 se encuentran en proceso de evaluación por el laboratorio nacional de referencia, el INS.

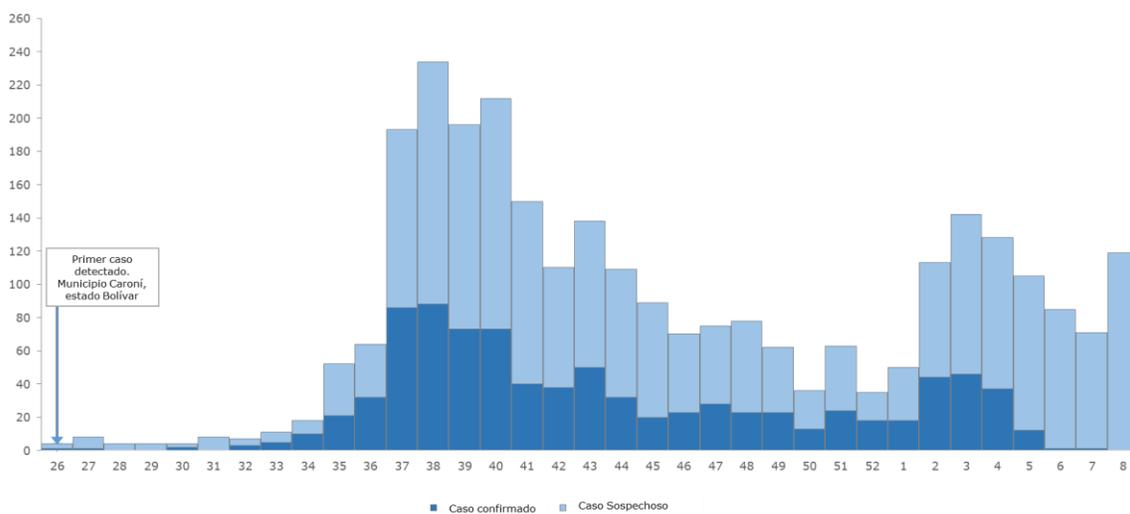
El último caso autóctono reportado en Perú fue en el año 2000 en el distrito Ventanilla (Región Callao).

En **Venezuela**, desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 7 de 2018 se confirmaron 886<sup>1</sup> casos de sarampión (666 por laboratorio y 220 por nexo epidemiológico), incluidas dos defunciones. Por año, el mayor número de casos se registró en la SE 38 de 2017 y la SE 3 de 2018, como se observa en la **Figura 3**.

---

<sup>1</sup> Datos provisionales, sujetos a cambios debido a ajustes retrospectivos de la base de datos. Por lo anterior, la diferencia entre el número de casos confirmados informados en la Actualización Epidemiológica del 6 de febrero de 2018 (952) y la actual (886), se debe a la realización de ese proceso.

**Figura 3.** Casos notificados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Venezuela, SE 26 de 2017 a SE 8 de 2018



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

El 82% de los casos confirmados se registraron en el estado Bolívar, aunque también se notificaron casos en los estados Apure, Anzoátegui, Delta Amacuro, Distrito Capital, Miranda, Monagas, Vargas y Zulia. El municipio Caroní (estado Bolívar) es el epicentro del brote. La diseminación del virus hacia otras áreas geográficas se explica, entre otros factores, por el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial. La mayor tasa de incidencia de casos confirmados se observa en los menores de 5 años, seguido del grupo de 6 a 15 años.

Como parte de la intervención, se diseñó un *Plan de Respuesta Rápida Nacional* para interrumpir la transmisión del virus, que incluye la conformación de equipos de respuesta rápida regional y municipal, la implementación de estrategias y actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica, búsqueda e investigación de casos y capacitación del personal de salud, con el apoyo técnico del nivel nacional. El país ha dispuesto más de 6 millones de dosis de vacuna contra el sarampión, rubeola y paperas (SRP) y sarampión/rubeola (SR) para aumentar las coberturas de vacunación en niños y adolescentes con miras a interrumpir la circulación del virus.

Los casos en **Canadá** y los **Estados Unidos** son importados o asociados a importación; el 88% de los casos confirmados son en no vacunados. El rango de edad de los 17 casos es entre 6 meses y 49 años. Los genotipos identificados son D8, D4 y B3.

## Situación en otras Regiones

Con relación a la situación epidemiológica de sarampión en la región europea, en 2017 se cuadruplicó con respecto al número de casos notificados en 2016. En efecto, la enfermedad afectó a 21.315 personas y causó 35 muertes en 2017, después de un mínimo

histórico de 5.273 casos en 2016<sup>2</sup>. El 72% de los casos se concentra en tres países: Italia, Rumania y Ucrania.

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

## 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, tal como se propone en el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*. Se recomienda mantener una reserva de vacuna sarampión-rubeola (SR) 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 públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado.
- 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, sub nacional y local).

---

<sup>2</sup> El informe se encuentra disponible en inglés en el siguiente enlace: <http://bit.ly/2ETCTnd>

## Referencias

1. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola: Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Vol.24, n.9 marzo de 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2HeaPZt>
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. Press Release: *Europe observes a 4-fold increase in measles cases in 2017 compared to previous year*. Copenhagen. 19 febrero 2018. Disponible en inglés en: <http://bit.ly/2ETCTnd>
3. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénito en las Américas 2018-2023*. CSP29/8, Washington, D.C. EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2Fvz7h9>

## Enlace de utilidad:

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