

Resumen de la situación

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 22 de 2018 son 11 los países que notificaron 1.685 casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (114 casos), Canadá (11 casos), Colombia (26 casos), Ecuador (12 casos), Estados Unidos de América (84 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.427 casos). Esta cifra es superior a lo registrado en 2017 cuando cuatro países notificaron 895 casos confirmados de sarampión en todo el año: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), los Estados Unidos de América (120 casos) y Venezuela (727 casos).

A continuación, se presenta un resumen de los brotes activos en la Región de las Américas.

En **Brasil**, está en curso un brote de sarampión con 995 casos notificados (611 en el estado de Amazonas y 384 en el estado de Roraima), de los cuales 114 fueron confirmados (30 en el estado de Amazonas y 84 en el estado de Roraima), incluidos dos fallecidos. Hay 798 casos sospechosos que continúan en investigación. Adicionalmente, se confirmó un caso en Rio Grande do Sul, de una niña de 1 año no vacunada, residente del municipio de São Luiz Gonzaga, que viajó a Europa y visitó varios países con brotes en curso. El genotipo identificado en ese caso fue el B3.

En el estado de Amazonas se notificaron 611 casos, de los cuales 30 fueron confirmados, 63 descartados y los 518 restantes continúan en investigación. Los casos notificados, proceden de 14 municipios: Anori, Beruri, Careiro da Várzea, Humaitá, Itacoatiara, Itapiranga, Iranduba, Jutáí, Manacapuru, Manaus, Novo Airão, Parintins, São Gabriel da Cachoeira y Tefé. Los 30 casos confirmados proceden de Manaus, todos ellos son ciudadanos brasileños, 17 de los cuales son del sexo femenino. En relación con los 518 casos que permanecen en investigación, 254 son del sexo femenino y se registran en el grupo de 6 meses a 4 años de edad.

En el estado de Roraima, se notificaron 384 casos de los cuales 84 fueron confirmados, 20 descartados y 280 continúan en investigación. Los casos notificados, proceden de 11 municipios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Pacaraima, Rorainópolis, São João Da Baliza, y Uiramutã. Los 84 casos confirmados proceden de: Boa Vista (62 casos), Cantá (1 caso), Pacaraima (19 casos), Maracaíbe (1 caso) y Uiramutã (1 caso).

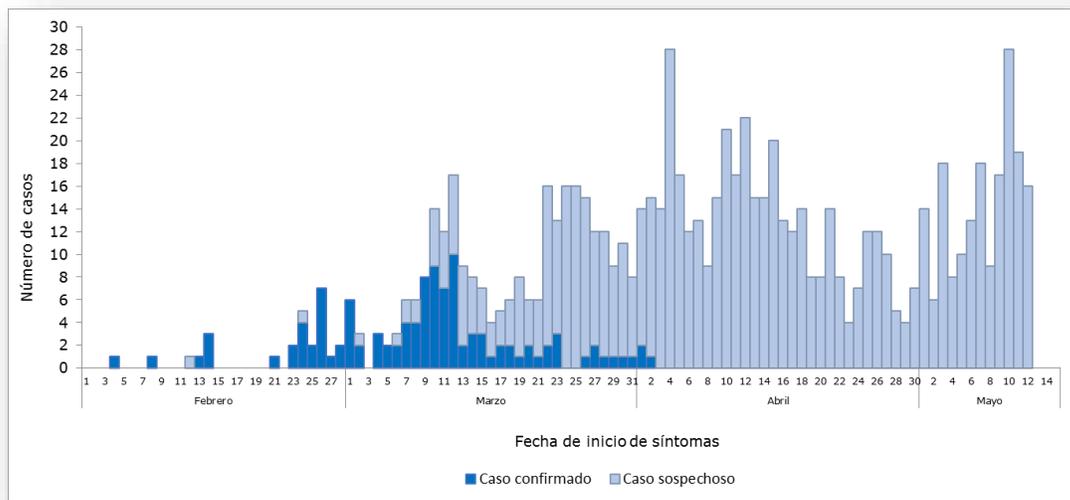
Del total de casos confirmados en Roraima, 58 son venezolanos (69%), 24 brasileños (29%), uno de Guyana (1%) y uno de Argentina (1%). Las edades de los casos confirmados están entre menores de 6 meses a 39 años. De los 58 casos en venezolanos, 32 son indígenas; y 35 se registran en el grupo de 1 a 9 años. Las 2 defunciones por sarampión corresponden a niños venezolanos del municipio de Boa Vista. Cuatro fueron hospitalizados. De los 24 casos confirmados en brasileños, 1 es indígena y 12 se registran en el grupo de 6 meses a 4 años. El caso confirmado de Guyana es indígena.

De los 280 casos que permanecen en investigación en el estado de Roraima, 141 son brasileños (20 indígenas), 138 venezolanos (79 indígenas) y uno es de Guyana (indígena).

Las fechas de inicio de exantema de los casos confirmados en ambos Estados fueron entre el 4 de febrero y el 2 de abril de 2018. 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, con un linaje idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

En la **Figura 1** se observa la progresión del brote, el cual presenta una tendencia creciente en el mes de marzo y posteriormente en mayo. La tendencia puede variar conforme se obtengan los resultados de los 798 casos en investigación.

Figura 1. Casos notificados de sarampión, según fecha de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil, SE 1 a SE 19 de 2018



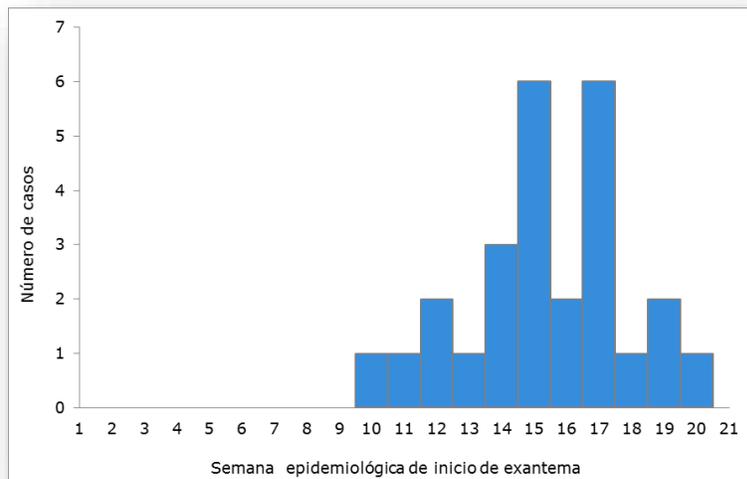
Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Colombia**, entre la SE 11 y la SE 21 de 2018 se han notificado 26 casos confirmados de sarampión (**Figura 2**). La edad de estos casos está en el rango entre 10 meses y 26 años, 6 de los cuales son del sexo femenino. El inicio de exantema se registró entre el 8 marzo y el 19 de mayo de 2018. De los 26 casos, 17 fueron importados de Venezuela, 7 casos son de transmisión secundaria en personas procedentes de Venezuela y residentes en Colombia hace más de 4 meses y 2 casos están relacionados a importación. No se registraron fallecidos.

Los casos fueron notificados en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y los Distritos de Cartagena y Santa Marta.

La confirmación por laboratorio de todos los casos fue realizada por el Instituto Nacional de Salud a través de 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 y en muestra de orina. La genotipificación realizada en muestras de 9 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

Figura 2. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Colombia, SE 10 a SE 20 de 2018



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

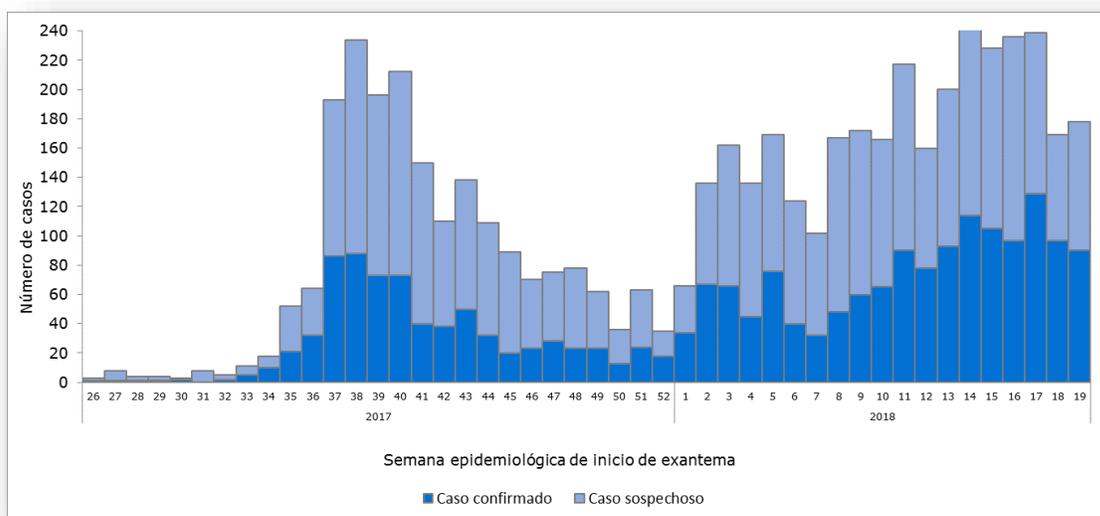
En **Ecuador**, entre las SE 13 y la SE 22 de 2018, se confirmaron 12 casos de sarampión de los cuales 7 casos son importados y 5 asociados a importación. Los casos proceden de Quito (9 casos), Cuenca (1 caso), Carchi (1 caso) y Riobamba (1 caso); con fecha de inicio de exantema entre el 28 de marzo y el 29 de mayo de 2018. Seis de los casos confirmados corresponden a una misma cadena de transmisión en el sector sur de la ciudad de Quito. Del total de casos confirmados, 9 son del sexo masculino y el rango de edad es de 4 meses a 44 años; 10 de los casos son venezolanos.

La confirmación por laboratorio de casos se realizó en el Laboratorio de Referencia Nacional (INSPI, Quito) por medio de pruebas serológicas y moleculares. La genotipificación se encuentra en curso

En **Venezuela**, el brote continua con transmisión activa en 17 estados y el Distrito Capital reportando casos confirmados. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 19 de 2018 se confirmaron 2.154 casos de sarampión (727 en 2017 y 1.427 entre la SE 1 y SE 19 de 2018) (**Figura 3**).

La mayor parte de los casos sospechosos proceden del estado Bolívar, seguido de Distrito Capital. A nivel nacional se reportaron 35 defunciones; 33 de las cuales corresponden al estado de Delta Amacuro. En este último estado, los casos sospechosos y confirmados se notificaron desde la SE 33 de 2017. Los casos confirmados en Delta Amacuro proceden de los municipios de Antonio Díaz, Pedernales y Tucupita, con las tasas más altas de incidencia reportada en las parroquias de Luis Beltrán Prieto Figueroa (3.320 por 100.000 habitantes), Pedernales (1.466 por 100.000 habitantes), y Juan Millán (527 por 100.000 habitantes).

Figura 3. Casos notificados de sarampión, según SE de inicio de exantema. Venezuela, 2017-2018 (hasta la SE 19)



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

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 rubeola, 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-rubeola (SR) 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.

- 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, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.

Adicionalmente, ante la proximidad de celebraciones deportivas la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero mayor de 6 meses de edad 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 encuentra disponible en la Actualización Epidemiológica del 27 de octubre de 2017¹.

Enlace de utilidad:

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

¹ 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>