

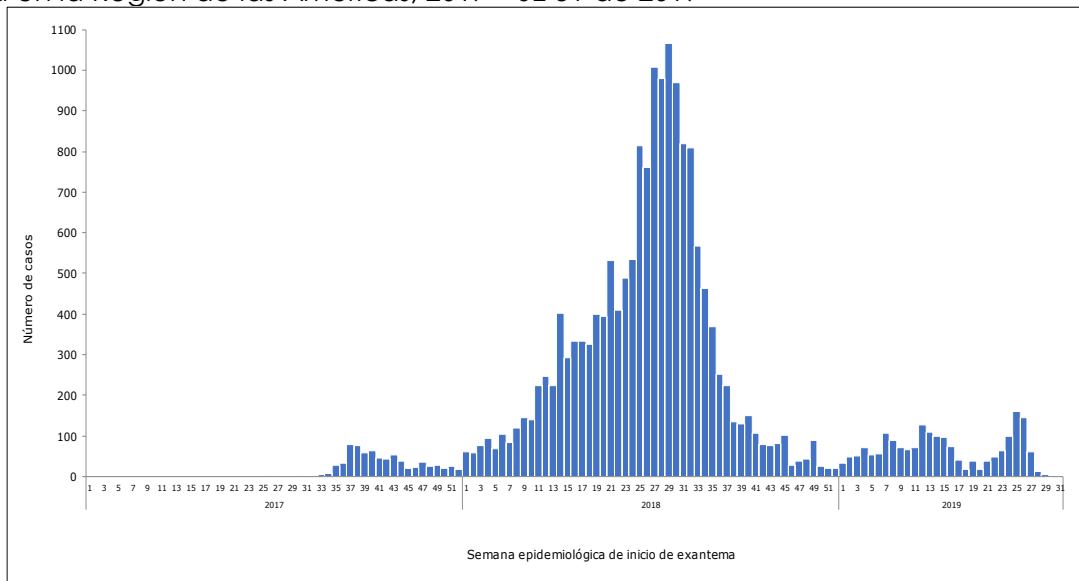
Resumen de la situación

Desde el 1 de enero al 7 de agosto de 2019 se notificaron 2.927 casos confirmados de sarampión, incluida una defunción, en 14 países y territorios de la Región: Argentina (5 casos), Bahamas (1 caso), Brasil (1.045 casos), Canadá (82 casos), Chile (4 casos), Colombia (175 casos), Costa Rica (10 casos), Cuba (1 caso), Curazao (1 caso), Estados Unidos de América (1.172 casos), México (3 casos), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (417 casos).

Desde la Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 18 de junio¹, hubo un incremento de 70% en el total de casos confirmados, porque 7 países y territorios han notificado casos confirmados adicionales: Brasil (923 casos), Canadá (17 casos), Colombia (50 casos), Curazao (1 caso), Estados Unidos de América (128 casos), México (1 caso) y la República Bolivariana de Venezuela (85 casos).

En 2018, la mayor proporción de casos confirmados de la Región de las Américas se registró en Brasil y Venezuela, mientras que, en 2019, la mayoría de los casos confirmados proviene de Estados Unidos (40%) y Brasil (36%) (**Figura 1**).

Figura 1. Distribución de casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema en la Región de las Américas, 2017 – SE 31 de 2019



* Información disponible de casos por semana epidemiológica de inicio de exantema (19.498 casos).

Fuente: Datos proporcionados por los Centros Nacionales de Enlace para el RSI o publicados en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

¹ OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 18 de junio de 2019, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2Ad1xMF>

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 7 de agosto de 2019, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de sarampión en países/territorios que han notificado casos confirmados en las últimas 6 semanas (del 18 de junio al 3 de agosto).

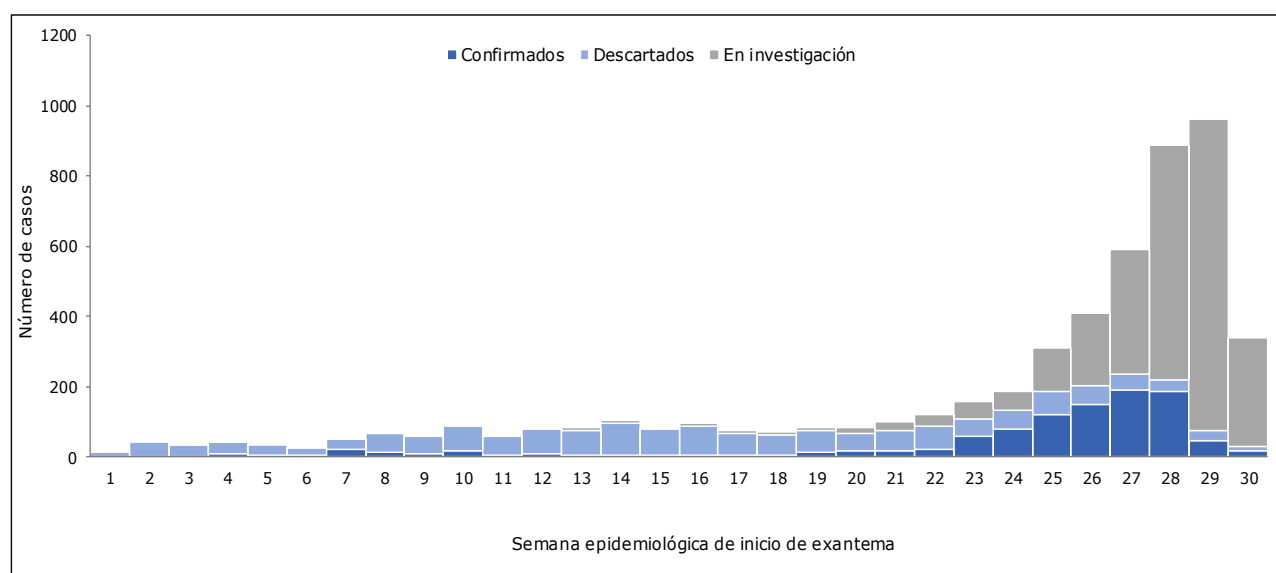
En **Brasil**, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2018 y la SE 31 de 2019 se notificaron 22.654 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 11.371 fueron confirmados (10.326 en 2018 y 1.045 en 2019), incluidas 12 defunciones (todas en 2018) (**Figura 2**).

Desde 2018 a la SE 31 de 2019, la tasa de incidencia acumulada a nivel del país es de 5,4 casos por 100.000 habitantes (5,0 casos por 100.000 habitantes en 2018 y 0,4 casos por 100.000 habitantes en 2019).

En 2019 han sido 9 las Unidades Federales que notificaron casos confirmados: Amazonas (4 casos), Bahía (1 caso), Minas Gerais (4 casos), Pará (53 casos), Rio de Janeiro (13 casos), Roraima (1 caso), Santa Catarina (3 casos), São Paulo (965 casos), y Sergipe (1 caso). Sin embargo, solo Bahía, Rio de Janeiro y São Paulo presentan brotes activos². En estas Unidades Federales, el genotipo identificado es el D8.

Hasta esta actualización, la fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en Brasil es el 25 de julio (SE 30) de 2019 y corresponde al estado de São Paulo.

Figura 2. Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Brasil, SE 1 a SE 30 de 2019.



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

² Brote activo: Estados con reporte de casos de sarampión en las últimas 12 semanas.

Se describe a continuación la situación epidemiológica en los estados de Bahía, Rio de Janeiro y São Paulo.

Tabla 1. Distribución de casos confirmados de sarampión en Bahía, Rio de Janeiro y São Paulo. Brasil, SE 1 a 31 de 2019.

Unidades Federales	Números de casos confirmados en 2018	Números de casos confirmados en 2019	SE de pico de casos en 2019	Tasa de incidencia acumulada* en 2019	% Cobertura vacunal de rutina (segunda dosis triple vírica) **
Bahía	3	1	27	0,0005	61,7
Rio de Janeiro	20	13	19	0,1	51,2
São Paulo	3	965	27	1,2	74,7

* Casos por 100.000 habitantes.

** pni.datasus.gov.br. Datos parciales, actualizados el 23 de julio de 2019, sujetos a modificación.

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

Bahía: entre el 1 de enero y el 7 de agosto de 2019 se notificaron 167 casos sospechosos de los cuales 1 fue confirmado. El caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 27 y los últimos casos en investigación en la SE 30 de 2019.

El caso confirmado pertenece al grupo etario de 10 a 14 años.

Rio de Janeiro: entre el 1 de enero y el 7 de agosto de 2019, se notificaron 13 casos confirmados. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 27 de 2019 y los últimos casos en investigación en la SE 30 de 2019.

Los tres grupos etarios que presentan las mayores tasas de incidencia acumulada entre los casos confirmados son: los menores de 1 año (2,2 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (0,13 casos por 100.000 habitantes) y los de 5 a 9 años (0,10 casos por 100.000 habitantes).

São Paulo: entre el 1 de enero y el 7 de agosto de 2019, se notificaron 965 casos confirmados. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema la SE 30 de 2019 y los últimos casos en investigación en la SE 29 de 2019. El genotipo viral identificado fue el genotipo D8.

Los tres grupos etarios que presentan las mayores tasas de incidencia acumulada entre los casos confirmados son: los menores de 1 año (9,5 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,6 casos por 100.000 habitantes) y los de 20 a 29 años (2,9 casos por 100.000 habitantes (**Tabla 2**)).

Tabla 2. Distribución de casos confirmados y tasas específicas de incidencia por grupo de edad. Estado de São Paulo, Brasil SE 1 a 30* de 2019.

Grupo etario	Número de Casos	%	Tasa de Incidencia**
< 1 año	58	10,2	9,5
1 a 4 años	76	13,4	3,6
5 a 9 años	19	3,4	0,7
10 a 14 años	19	3,4	0,6
15 a 19 años	57	10,1	1,7
20 a 29 años	207	36,5	2,9
30 a 39 años	86	15,2	1,2
40 a 49 años	30	5,3	0,5
> 50 años	15	2,6	0,1
Total	567	100	1,2

* Datos disponibles hasta el 26 de julio de 2019.

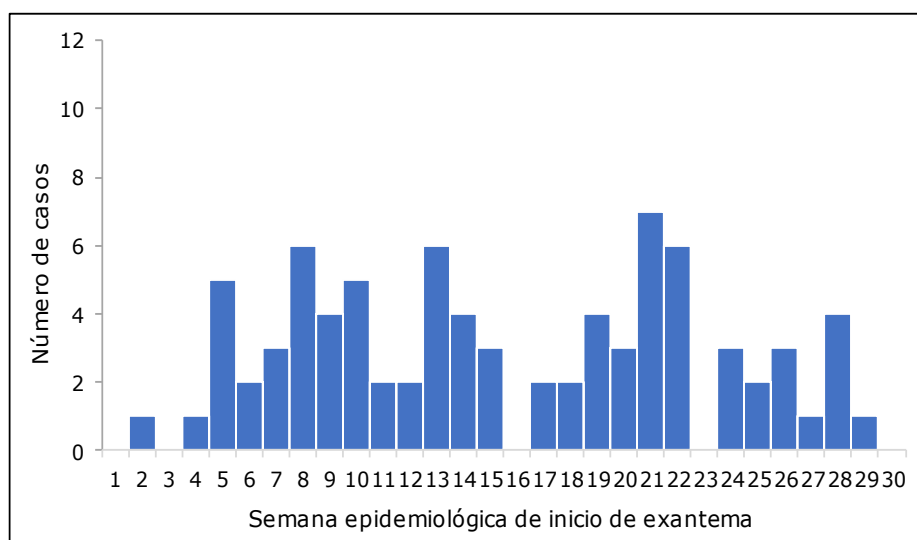
**Casos por 100.000 habitantes

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

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 29 de 2019 se notificaron 82 casos confirmados de sarampión, reportados por las provincias de Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Ontario, Quebec, Saskatchewan y los territorios de Northwest. Del total de casos confirmados, 65 fueron genotipificados, identificándose el genotipo B3 (17 casos) y el genotipo D8 (48 casos), similares a los que están circulando a nivel global.

La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC por sus siglas en inglés) actualiza periódicamente la información y está disponible en: <https://bit.ly/2J7BDAt>.

Figura 3. Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Canadá. SE 1 a SE 29 de 2019.



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

En **Colombia**³, entre la SE 10 de 2018 y la SE 30 de 2019 se notificaron 10.305 casos sospechosos de sarampión (7.186 en 2018 y 3.119 en 2019) de los cuales 383 fueron confirmados (208⁴ con fecha de exantema en 2018 y 175 en 2019), incluida una defunción.

La defunción, relacionada con complicaciones debido al sarampión, corresponde a un niño de 3 meses de edad, colombiano, perteneciente a la etnia indígena Wayúu y procedente de Uríbia en La Guajira.

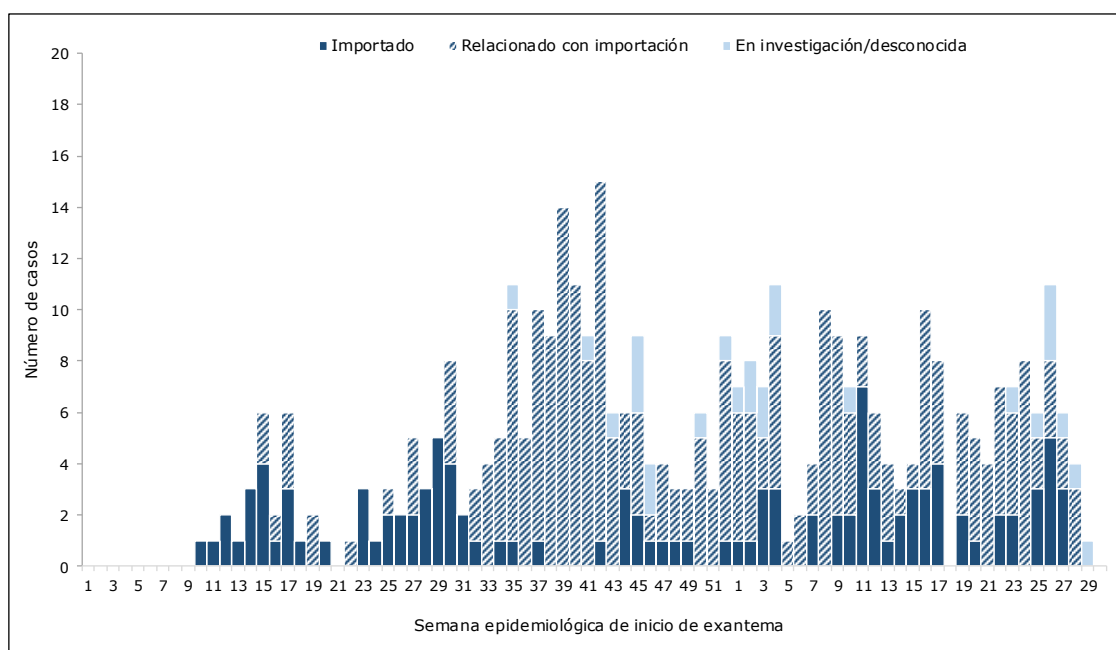
La genotipificación realizada en muestras de 112 casos identificó el genotipo D8, similar al que está circulando en Venezuela y en otros países de la Región.

Los casos confirmados en 2019 han sido reportados en los departamentos de Atlántico, César, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y los Distritos de Barranquilla, Cartagena y Bogotá.

En las últimas cuatro semanas (SE 26 – SE 30) se confirmaron 28 casos notificados, en La Guajira (21 casos), Norte de Santander (6 casos) y el distrito de Cartagena (1 caso).

El último caso confirmado, importado, tuvo inicio de exantema el 2 de julio de 2019 y el último caso sospechoso en investigación, tuvo inicio de exantema el 5 de agosto de 2019.

Figura 4. Casos confirmados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Colombia, SE 10 de 2018 a SE 30 de 2019.



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

³ Los datos proporcionados en esta Actualización podrían diferir de las Actualizaciones epidemiológicas previas, debido a ajustes realizados por las autoridades nacionales del Ministerio de Salud de Colombia.

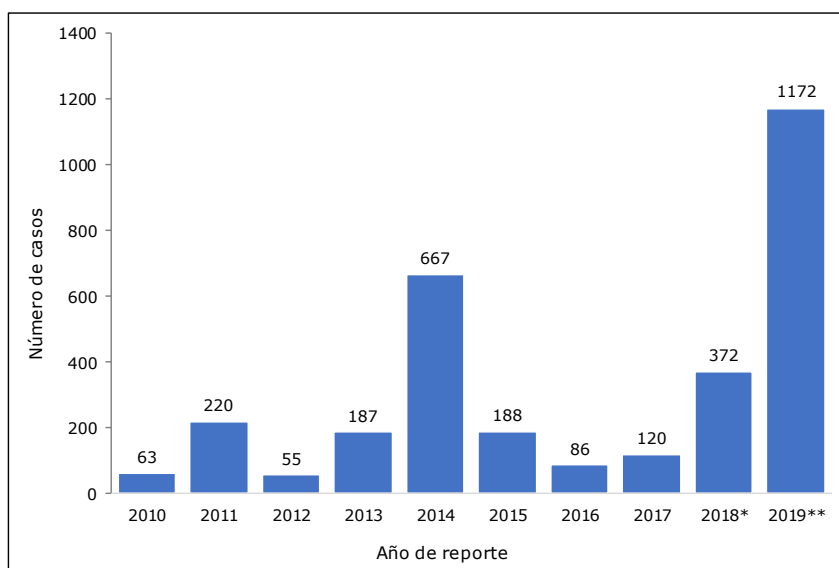
⁴ De acuerdo con los datos previos proporcionados por las autoridades nacionales del Ministerio de Salud de Colombia, en la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 17 de mayo de 2019 se publicó que 209 casos confirmados iniciaron exantema en 2018, 1 caso fue reclasificado.

Curazao, notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso es un hombre de 51 años, residente de São Paulo, Brasil con antecedente de viaje a Europa. El caso tenía antecedente de vacunación contra sarampión (una dosis a la edad de 4 años) e inició exantema el 17 de julio de 2019. La identificación del genotipo viral y linaje fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública y Ambiente (RIVM, por sus siglas en holandés) en los Países Bajos en una muestra de orina. El genotipo identificado fue D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16 similar a la cepa circulando recientemente en Europa.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 1 de agosto de 2019 se confirmaron 1.172⁵ casos de sarampión en 30 estados: Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, New Mexico, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pennsylvania, Tennessee, Texas, Virginia y Washington.

Actualmente se reportan brotes activos⁶ en 4 estados: California (Condado de Los Angeles), New York (condado de Rockland y la ciudad de New York), Texas (El Paso) y Washington. 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.

Figura 5. Casos notificados de sarampión según año de notificación. Estados Unidos, 2010-2019 (hasta el 1 de agosto).



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

**Casos hasta el 1 de agosto 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.

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>.

⁵ Reporte preliminar de casos, hasta el 1 de agosto de 2019. Sujeto a cambios.

⁶ Definido como 3 o más casos confirmados relacionados.

México notificó un caso de sarampión confirmado por laboratorio. El caso corresponde a una niña de 11 meses de edad, residente del municipio de Ecatepec, Estado de México. Inició exantema el 20 de julio de 2019. No tiene antecedente de viaje fuera del país y probablemente adquirió la enfermedad cuando estuvo en contacto con ciudadanos europeos en un evento masivo en la Ciudad de México. La identificación del genotipo viral se encuentra en proceso.

En México, entre la SE 1 y la SE 29 de 2019, se notificó un total de 3 casos confirmados de sarampión, de los cuales dos corresponden a casos importados y el último está relacionado con importación.

En **Venezuela**, el brote que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y hasta la SE 29 de 2019, se notificaron 10.329 casos sospechosos (1.307 en 2017; 8.005 en 2018⁷ y 1.017 en 2019) de los cuales 6.923 fueron confirmados (727 en 2017, 5.779 en 2018 y 417 en 2019). En el 2018, los casos fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.272 casos), clínico (2.899 casos) y nexa epidemiológico (608 casos). En 2019, se confirmaron por laboratorio (189 casos), clínico (170 casos) y nexa epidemiológico (58 casos). En 2019 no se reportaron defunciones. Mientras que entre 2017 y 2018 se notificaron 81, dos en 2017 (en Bolívar) y 79 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 9 en Miranda, 4 en Distrito Capital 1 en Bolívar y 1 en Vargas)⁸.

El último caso confirmado por laboratorio tuvo fecha de inicio de exantema el 4 de julio de 2019 y era procedente del municipio Jesús María Semprun, parroquia Jesús María Semprun, estado Zulia.

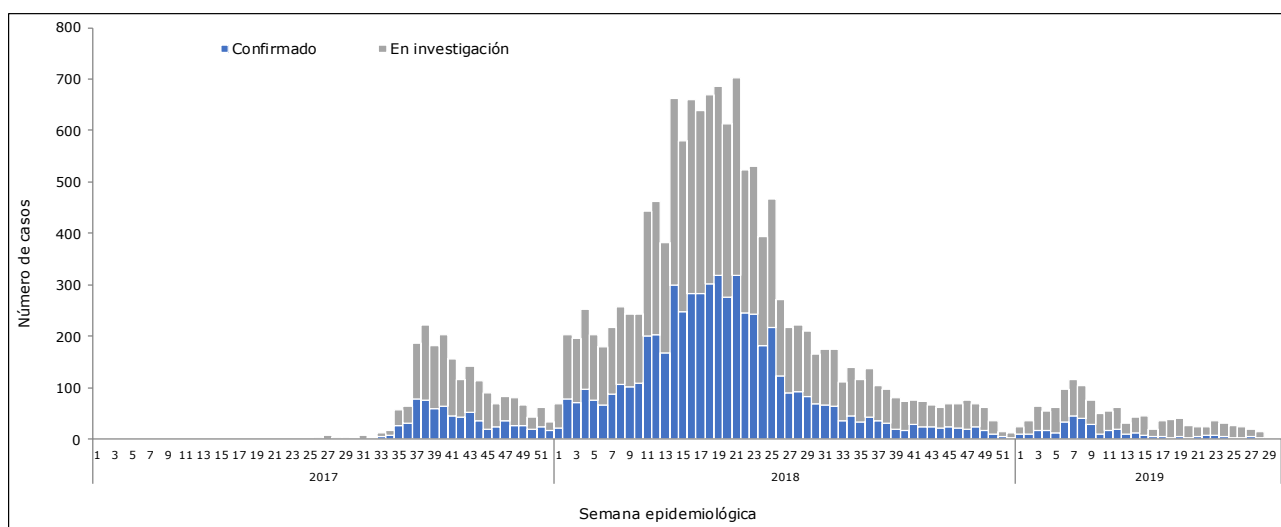
La tasa promedio de incidencia acumulada 2017-2019 en el país es de 22 casos por 100.000 habitantes y las mayores tasas de incidencia se registran en Delta Amacuro (215 casos por 100.000 habitantes), Distrito Capital (127 casos por 100.000 habitantes), Amazonas (85 casos por 100.000 habitantes), Bolívar (56 casos por 100.000 habitantes), Vargas (48 casos por 100.000 habitantes) y Miranda (39 casos por 100.000 habitantes).

Los casos confirmados con fecha de inicio de exantema entre la SE 1 y la SE 29 de 2019 proceden de Zulia (229), Anzoátegui (145), Carabobo (17), Distrito Capital (7), Miranda (4), Monagas (4), Nueva Esparta (3), Cojedes (2), Yaracuy (2), Aragua (1), Sucre (1), Amazonas (1) y Bolívar (1).

⁷ De acuerdo con los datos previos proporcionados por las autoridades del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, en la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de junio de 2019, se reportó que 7.790 casos sospechosos iniciaron exantema el 2018 y que 5.670 casos fueron confirmados ese mismo año; incluyendo 79 defunciones (2 en 2017 y 77 en 2018). Las cifras actuales para el 2018 (8.005 casos sospechosos, 5.779 casos confirmados y 79 defunciones) fueron actualizadas por las autoridades de salud de del Ministerio de Salud de Venezuela, según información recientemente recibida con nuevos registros encontrados en las entidades federales.

⁸ 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 6. Casos notificados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Venezuela, 2017-2019 (hasta la SE 29).



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

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 el 2019, no se han reportado casos sospechosos de sarampión en comunidades indígenas.

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 30 de 2019, se confirmaron 91 casos de sarampión en población indígena (4 en 2018 y 87 en 2019), todos los casos pertenecen a la etnia Wayuu en el departamento de La Guajira.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 541 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados de: Amazonas⁹ (162 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 24 Yanomami¹⁰, 2 Yekuana y 1 Baniva), Bolívar (9 Kariña, 5 Pemón), Delta Amacuro (332 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).

En 2019, las autoridades de Venezuela no han reportado casos de sarampión en comunidades indígenas.

⁹ La diferencia con el número de casos reportados previamente se debe a reclasificación de los casos según grupo étnico.

¹⁰ 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.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en países y territorios de la Región de 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, aeropuertos, 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.
- **Identificar los flujos migratorios** externos (llegada de personas extranjeras o personas del mismo país que realizan actividad temporal en países con brotes en curso) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) dentro de cada país, incluyendo las poblaciones indígenas u otro grupo poblacional vulnerable, 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** a fin de incrementar la inmunidad poblacional.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** de sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos, privados y de seguridad social, para contener el riesgo mediante las acciones de salud pública oportunas 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.
- 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 nexa epidemiológico**, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.
- Fortalecer la **vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras** para detectar y responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- 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, 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 edad¹¹ 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 2017¹².

Fuentes de información

1. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
2. Ministério da Saúde do **Brasil**, Sarampo. Monitoramento da situação no Brasil – 2019. Informe N°45, 26 de julio. Disponible en <https://bit.ly/2YFxlZ>
3. Ministério da Saúde do **Brasil**, Sarampo. Monitoramento da situação no Brasil – 2019. Informe N°46, 6 de agosto. Disponible en <https://bit.ly/2M4geZo>
4. Informe de monitoreo semanal de sarampión y rubéola. Agencia de Salud Pública de **Canadá**. Semana 28 de 2019 (7 al 13 de julio de 2019). Disponible en: <https://bit.ly/2lj4r5f>
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los **Países bajos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Datos publicados en la página web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos**. Sarampión, casos y brotes. Disponible en: <https://bit.ly/2iMFK71>
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. 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>

¹¹ 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.

¹² 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>