

Actualización Epidemiológica Sarampión

24 de octubre de 2018

Resumen de la situación

Desde el inicio del año y hasta el 23 de octubre de 2018 se han notificado 8.091 casos confirmados de sarampión, incluidas 85 defunciones, en 11 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (14 casos), Brasil (2.192 casos, incluidas 12 defunciones), Canadá (25 casos), Colombia (129 casos), Ecuador (19 casos), Estados Unidos de América (142 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (38 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (5.525 casos, incluidas 73 defunciones).

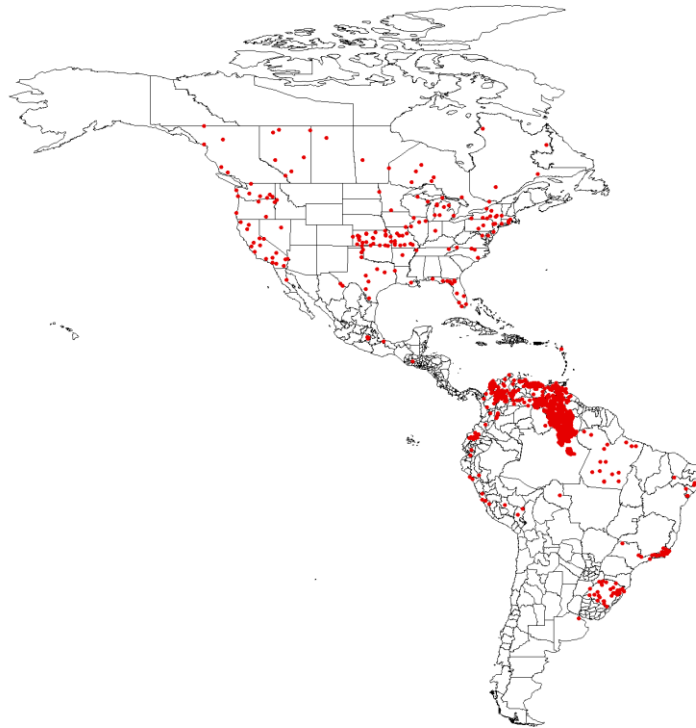
Desde la Actualización Epidemiológica publicada el 21 de septiembre de 2018¹ se notificaron 1.462 casos confirmados de sarampión y 13 defunciones adicionales en 7 países de la Región (Argentina 3 casos, Brasil 457 casos y 2 defunciones, Canadá 3 casos, Colombia 44 casos, Estados Unidos 18 casos, Perú 17 casos y Venezuela 920 casos y 11 defunciones).

El genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que inicialmente fuera identificado en los casos de Venezuela posteriormente ha sido reportado en los casos confirmados por Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú (los países están ordenados alfabéticamente y no por fecha de inicio del brote).

En la **figura 1** se presenta la tasa de incidencia acumulada de sarampión en países que notificaron casos confirmados en América del Sur en 2018.

¹ OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 21 de septiembre de 2018, Washington, D.C.: OPS/OMS;2018. Disponible en: <https://bit.ly/2Ad1xMF>

Figura 1. Distribución de casos confirmados de sarampión por nivel sub nacional, Las Américas 2018



Fuente: Unidad de Inmunizaciones de la OPS/OMS. Datos hasta la semana epidemiológica (SE) 41 de 2018

Se presenta a continuación la situación en los países con brotes en curso.

En **Argentina**, entre la semana epidemiológica (SE) 11 y la SE 38 de 2018, fueron confirmados 14 casos de sarampión, todos ellos residentes en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires, con edades comprendidas entre los 5 meses y los 26 años (mediana=7 meses), de los cuales 7 son de sexo femenino. Las fechas de inicio del exantema fueron entre el 11 de marzo y el 21 de septiembre de 2018. Todos los casos se confirmaron por detección de genoma viral por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR, por sus siglas in inglés) en orina y muestra respiratoria. Tres casos presentaron IgM negativa.

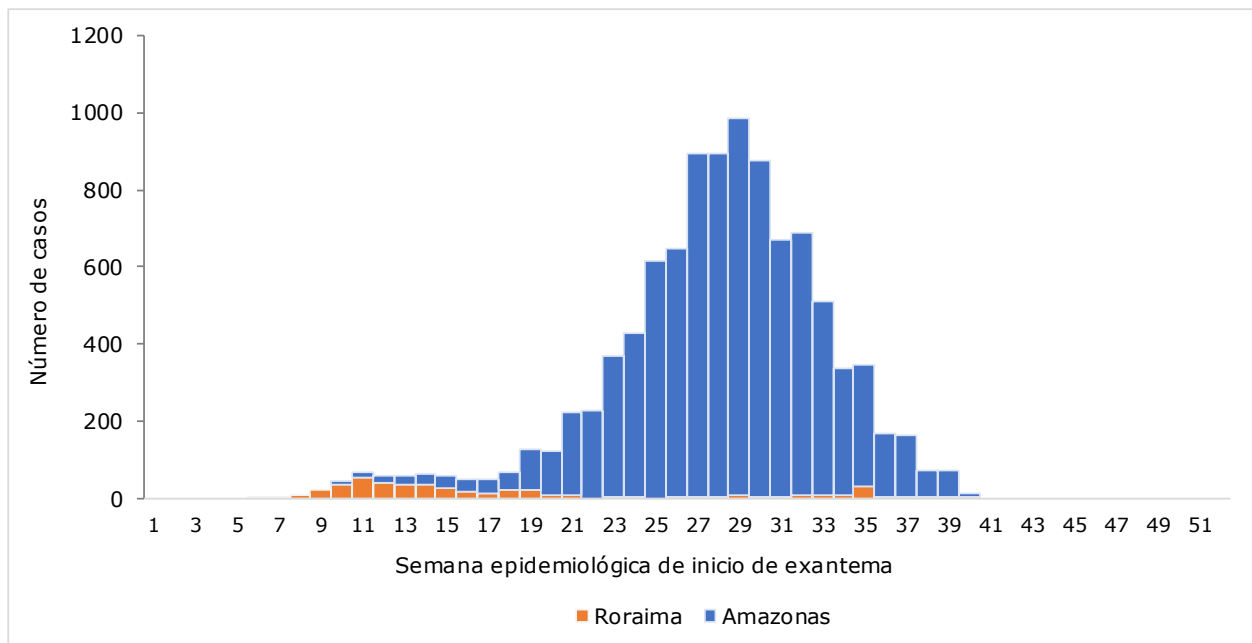
Los tres primeros casos fueron importados (2 casos) o relacionados con importación (1 caso). Los 11 casos restantes estuvieron relacionados a una segunda importación cuya procedencia no fue identificada y en 9 de ellos se identificó el genotipo D8, linaje Mvi/Hulu Langkat.MYS/26.11.

En **Brasil**, el brote se inició en la SE 6 de 2018 en el estado de Roraima y tres semanas después se extendió a Amazonas (**Figura 2**). Posteriormente se notificaron casos en 7 estados Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo, y Sergipe (los estados se colocan en orden alfabético y no por fecha de aparición de

casos) y más recientemente en Distrito Federal. Se identificó el genotipo D8, con un linaje idéntico al de los casos de Venezuela (2017 y 2018), en los estados de Amazonas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rondônia, Roraima y São Paulo.

Entre la SE 6 y la SE 40 de 2018, se registraron 2.192 casos confirmados incluidas 12 defunciones, en los estados de Amazonas (1.776 casos, 6 defunciones), Pará (17 casos, 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (37 casos), Rio de Janeiro (18 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (330 casos, 4 defunciones), São Paulo (3 casos), y Sergipe (4 casos). También se confirmó un caso em el Distrito Federal.

Figura 2. Casos confirmados y en investigación de sarampión, según SE de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil, SE 1 a SE 40 de 2018



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

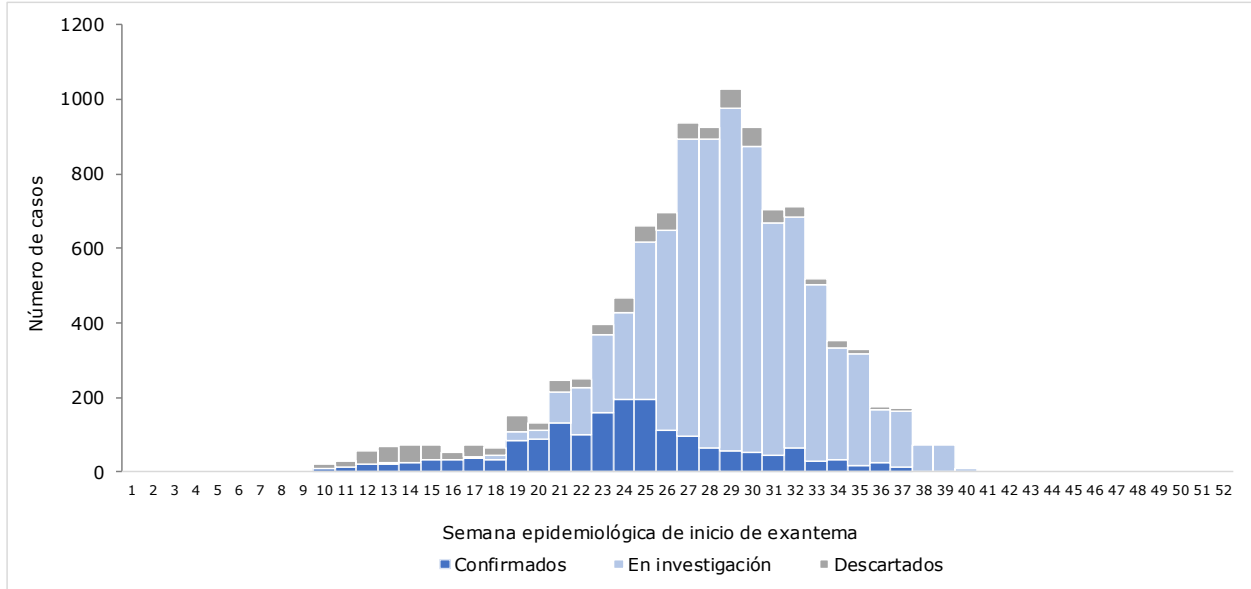
A continuación, una breve descripción de los brotes en curso en los estados de Amazonas y Roraima.

Amazonas: El brote que se inició en la SE 9 continúa activo y, hasta la SE 40 de 2018, se han notificado 10.413 casos sospechosos, incluidas 6 defunciones. Del total de casos sospechosos, 1.776 fueron confirmados, 836 descartados y 7.801 continúan en investigación. De los 62 municipios del estado, en 30 se han reportado casos confirmados. Sin embargo, el 81% de los casos se concentra en los municipios de Manaus y Manacapuru.

La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado fue en la SE 37 y la del último caso en investigación en la SE 40. Desde la SE 30, se observa una tendencia decreciente en la curva epidémica de casos (**Figura 3**), notificándose un promedio de 120 casos sospechosos semanales en las últimas cuatro semanas (SE 37-40). La mayor proporción de los nuevos casos confirmados en las últimas 8 semanas (SE 33 a SE 40) se

registraron en los municipios de Manaus, Nhamundá, Borba, Careiro, Coari, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Maués, Parintins, Presidente Figueiredo y Tefé.

Figura 3. Casos notificados de sarampión, según SE de inicio de exantema. Estado de Amazonas, Brasil, SE 1 a SE 40 de 2018



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

Desde la Actualización Epidemiológica publicada el 21 de septiembre de 2018, la tasa de incidencia de casos confirmados a nivel del estado aumentó de 37,8 a 49,5 por 100.000 habitantes; de igual manera se registró aumento en las tasas de incidencia de los menores de 1 año y el grupo de 1 a 4 años variando de 428,3 a 554,7 por 100.000 habitantes y de 76,1 a 100,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.

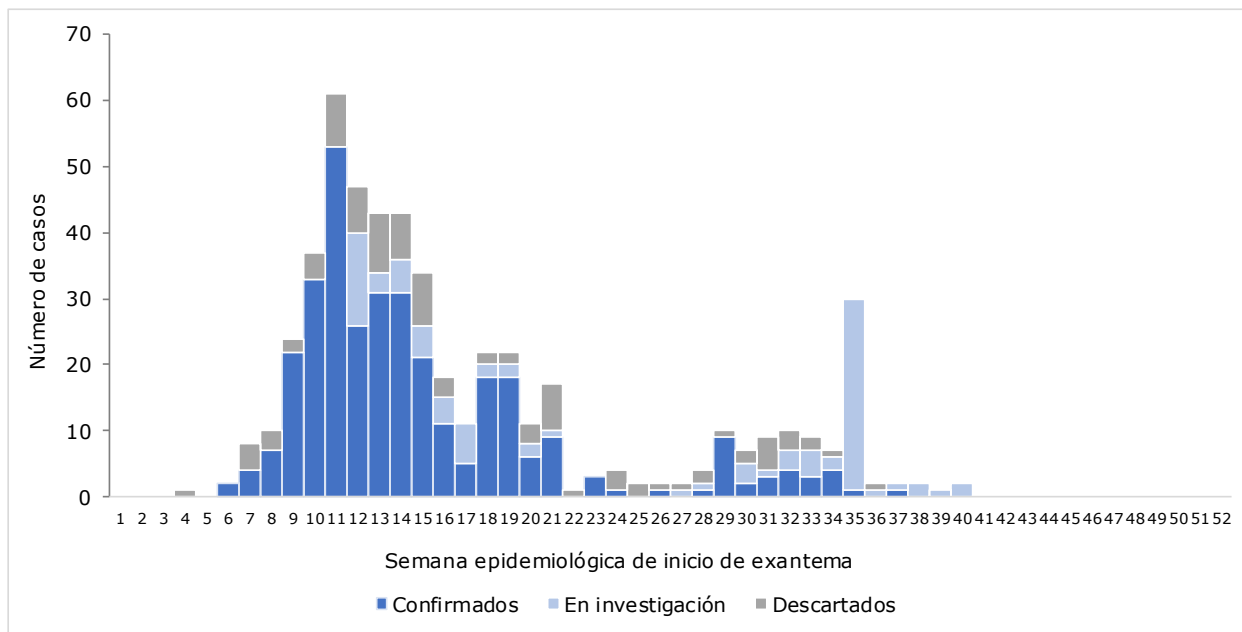
Roraima: El brote se inició en la SE 6 y aunque a partir de la SE 19 se registró una disminución de casos sospechosos y confirmados, entre las SE 29 y la 35 se observó un nuevo incremento de casos (**Figura 4**) a expensas de los municipios de Boa Vista y Amajari. Hasta la SE 40 de 2018 se notificaron 520 casos, incluidas 4 defunciones en Roraima; de los cuales 330 fueron confirmados, 95 descartados y 95 continúan en investigación. El promedio de casos notificados semanalmente en las últimas cuatro semanas (entre las SE 37 y SE 40), se mantiene en 2, el más bajo desde el inicio del brote.

De los 15 municipios del estado, 13 han notificado casos sospechosos; aunque la mayoría de éstos (87%) y de los casos confirmados (88%) se concentran en los municipios de Amajari, Boa Vista y Pacaraima. Los nuevos casos confirmados en las últimas 8 semanas corresponden a los municipios de Boa Vista y Amajari.

De manera similar a lo observado en Amazonas, en el estado de Roraima se registró un aumento en las tasas de incidencia, aunque en menor proporción, siendo la tasa de incidencia actual a nivel del estado de 74,4 por 100.000 habitantes, en los menores de 1 año de 713,1 por 100.000 habitantes y en el grupo de 1 a 4 años de 227,9 por 100.000 habitantes.

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema en la SE 37 y los últimos casos en investigación en la SE 40.

Figura 4. Casos notificados de sarampión, según SE de inicio de exantema. Estado de Roraima, Brasil, SE 1 a SE 40 de 2018



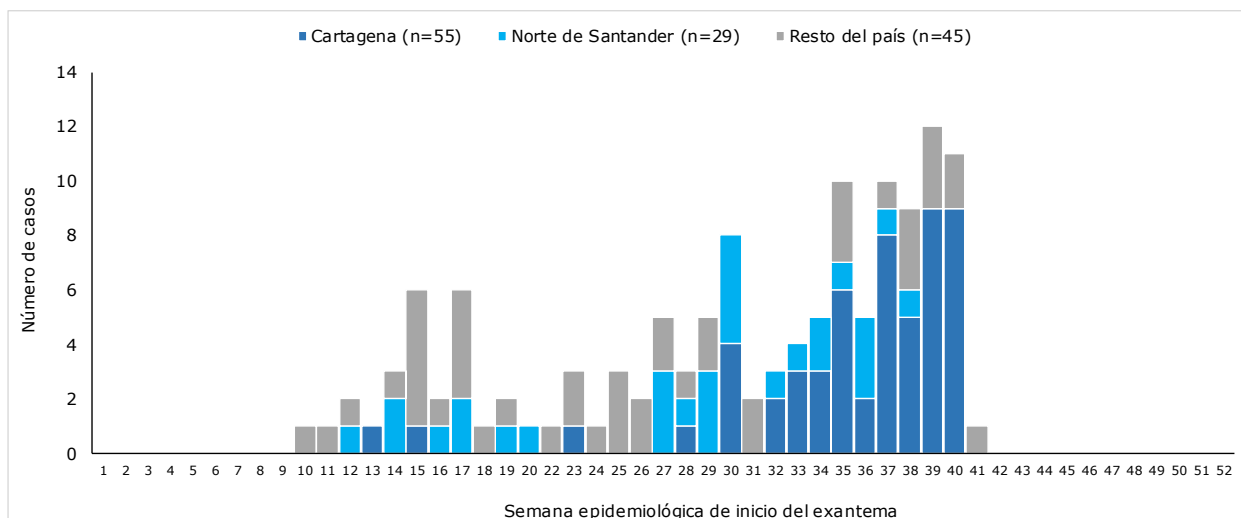
Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Colombia**, entre la SE 11 y la SE 42 de 2018 se notificaron 129 casos confirmados de sarampión (**Figura 5**) con edades comprendidas entre los 2 meses y los 49 años (mediana= 1 año), 54 de los cuales son del sexo femenino. El inicio de exantema de los casos se registró entre el 8 marzo y el 7 de octubre de 2018. De los 129 casos confirmados, 45 son importados, 75 relacionados con la importación (25 casos de transmisión secundaria en personas procedentes de Venezuela y 50 casos relacionados con la importación en colombianos) y 9 casos de fuente de infección en investigación. No se registran fallecidos.

Los casos fueron notificados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cauca, Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y en los Distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta. El distrito de Cartagena y el Departamento Norte de Santander concentran el 65% del total de casos confirmados. Las mayores tasas de incidencia se registran en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (4,1 casos por 100.000 habitantes), Bolívar (0,8 casos por 100.000 habitantes) y Barranquilla (0,4 casos por 100.000 habitantes). En relación con los grupos de edad, la mayor tasa de incidencia entre los casos asociados a importación o transmisión secundaria en colombianos se observa en el grupo de menores de un año (3,63 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (0,31 por 100.000 habitantes).

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 22 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

Figura 5. Casos confirmados de sarampión, según SE de inicio de exantema. Colombia, SE 10 a SE 42 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**, desde la Actualización Epidemiológica publicada el 21 de septiembre de 2018 no se han confirmado nuevos casos de sarampión y se mantiene en 19 el total de casos confirmados entre las SE 13 y la SE 33 de 2018. La genotipificación realizada en muestras de 16 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 6 de octubre se confirmaron 142 casos de sarampión en 25 estados y el Distrito de Columbia. 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>.

En **Perú**, entre la SE 8 y SE 42 se notificaron 38 casos confirmados de sarampión, con un rango etario entre 4 meses y 51 años (mediana = 18 meses). De ellos, 23 son de sexo masculino, con fecha de inicio de exantema entre el 24 de febrero y el 10 de octubre de 2018. Tres de los casos fueron importados (2 de Venezuela y uno de Filipinas) y el resto tiene como lugar probable de infección Amazonas (1), Callao (17), Cusco (2), Ica (1), La Libertad (3), Lima (7), Piura (2) y Puno (2).

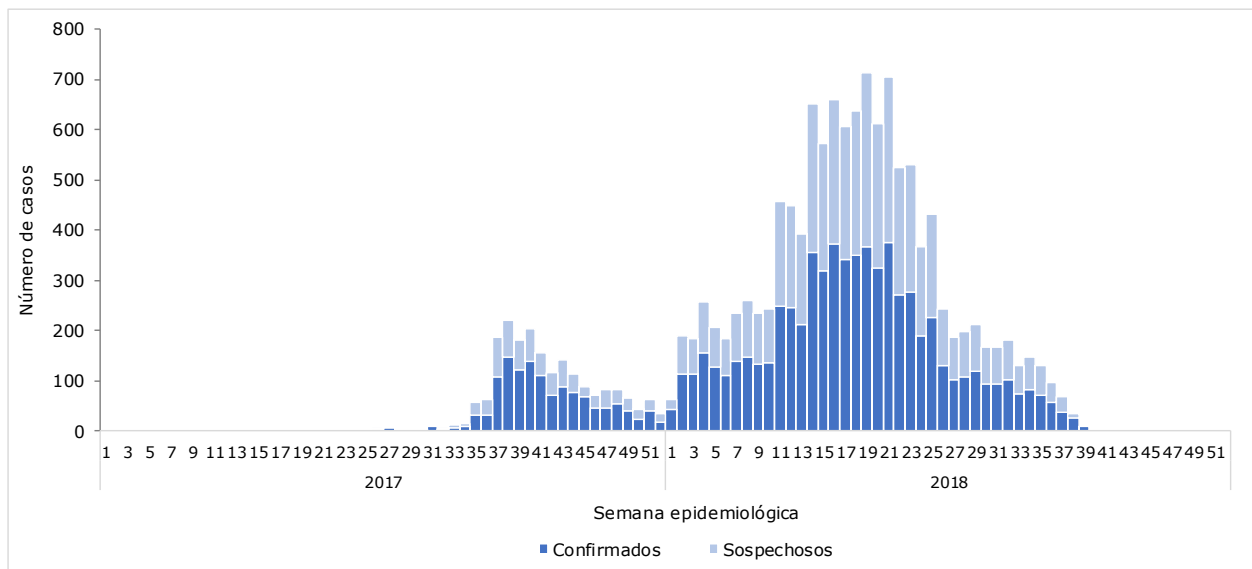
La confirmación por laboratorio de todos los casos se realizó en el Laboratorio de Referencia Nacional a través de serología y 24 de los casos también fueron confirmados por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR por su sigla en inglés). El genotipo aislado en los dos primeros casos corresponde al D8 proveniente

de la India; mientras que en otros 7 casos se identificó el genotipo D8 similar al identificado en Venezuela.

En **Venezuela**, desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 40 de 2018, se notificaron 7.524 casos sospechosos de los cuales 6.252 fueron confirmados (727 en 2017 y 5.525 en 2018) (**Figura 6**). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (1.826), clínico (3.181) y nexa epidemiológico (518).

La tasa de incidencia a nivel nacional es de 17,4 por 100.000 habitantes, siendo los estados con mayor tasa de incidencia Delta Amacuro (204,4), Distrito Capital (124,9) y Amazonas (85,6). Se registraron 75 defunciones, 2 de 2017 en Bolívar y 73 de 2018 (37 Delta Amacuro, 27 Amazonas, 6 Miranda y 3 en Distrito Capital).

Figura 6. Casos notificados de sarampión, según SE de inicio de exantema. Venezuela, 2017-2018 (hasta la SE 40)



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

Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus, entre ellas, la vacunación indiscriminada de niños de 6 meses a 15 años con vacuna sarampión-rubeola (SR) y a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 158 casos sospechosos en indígenas de los cuales 143 fueron confirmados en el Estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris que limita con Venezuela. Por otra parte, en Amazonas se notificaron 15 casos sospechosos en indígenas de los cuales 2 fueron descartados y 13 permanecen en investigación.

En **Venezuela**, los casos en comunidades indígenas se detectaron a partir de la SE 1 de 2018 y hasta la SE 40 de 2018, se confirmaron 516 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados Amazonas (170 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 24 Yanomami², 3 Yekuana, 3 Baniva, 3 Piapoco, 1 Chaima y 1 Yeral), Delta Amacuro (324 casos, todos ellos de la etnia Warao) y Monagas (22 casos, siendo 20 Warao, 1 Chaima y 1 Eñepa). Adicionalmente, se registraron 67 defunciones de las cuales 37 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (todas de la etnia Sanema). Actualmente se encuentran en investigación otras muertes pertenecientes a estas comunidades indígenas.

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/o sarampión-rubeola-paperas (SRP) **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 y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.
- 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, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.

² De acuerdo con datos previos proporcionados por las autoridades nacionales, entre la SE 11 y la SE 27 o 2018, hubo 126 casos confirmados de sarampión, incluyendo 53 muertes, en el municipio Yanomami de Alto Orinoco, Estado Amazonas en Venezuela.

- **Incrementar las coberturas vacunales** y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- 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 por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad³ 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 encuentra disponible en la Actualización Epidemiológica del 27 de octubre de 2017⁴.

³ 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.

⁴ 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>

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. Ministerio de Salud de **Brasil**. Situação do Sarampo no Brasil – 2018 Informe N° 23. Disponible en: <http://portals.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo-situacao-epidemiologica>
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 **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. 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>