

## **C. ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

### **Introducción**

1. En 1994, durante la 24.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, los ministros de salud aprobaron la resolución CSP24. R16, en la que se establecía la meta para eliminar el sarampión de la Región de las Américas para el 2000. La aprobación de la resolución se basaba en la reducción notable y rápida de los casos de sarampión demostrada por los países que habían promovido las estrategias de inmunización para la eliminación. La meta de eliminación del sarampión se reafirmó mediante las siguientes resoluciones CD38.R6 (1995), en la que se aprobaba un Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas,<sup>1</sup> y la CE118.R14 (1996), que instaba a todos los países a que asignaran los recursos humanos y financieros necesarios, para aplicar plenamente las estrategias descritas en el plan regional. La Región de las Américas alcanzó la meta de la eliminación del sarampión en noviembre del 2002.

2. El fortalecimiento de la vigilancia del sarampión también reveló que la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) habían surgido como problemas graves de salud pública en la Región. En 1999, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA), de la Organización Panamericana de la Salud, recomendó el control acelerado de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita (SRC) con campañas destinadas a una gama amplia de edades, incluidos adultos jóvenes. Habida cuenta de las enseñanzas extraídas de la vacunación de poblaciones grandes y heterogéneas con la vacuna combinada contra sarampión y rubéola, así como la rentabilidad comprobada de la vacunación antirrubéolica, en el 2003 el 44.<sup>o</sup> Consejo Directivo aprobó la resolución CD44.R1, en la que se instaba a los Estados Miembros a eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita de sus países para el 2010. Con este fin, se pidió a los países elaborar planes de acción nacionales en el plazo de un año. Además, en la resolución se pedía a la Directora que “elabore un plan de acción regional y movilice recursos en apoyo al objetivo de la eliminación de la rubéola y el SRC para el 2010”. Los últimos casos endémicos de rubéola y del SRC en la Región se notificaron en el 2009.

3. En octubre del 2007, considerando que el sarampión se había eliminado en el 2002 y el progreso logrado hacia las metas de eliminación de la rubéola y del SRC, la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R2. Mediante esta

---

<sup>1</sup> El Plan de Acción (que figura en el documento CD38/15) se dirige al logro y el mantenimiento de la cobertura de por lo menos 95% con la vacuna antisarampionosa en todos los municipios o distritos de cada país de la Región. Esto se hará al complementar las actividades de vacunación ordinaria con las campañas periódicas de seguimiento encaminadas a prevenir la acumulación de niños de edad preescolar susceptibles.

resolución se instaba a los Estados Miembros a que establecieran comisiones nacionales para documentar y comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en cada país; además, autorizaba la formación de un Comité Internacional de Expertos para documentar y comprobar la interrupción de la transmisión del sarampión endémico y los virus de la rubéola en la Región de las Américas. Con el objeto de tener un método estandarizado para documentar y verificar la eliminación, la OPS formuló un plan de acción regional que fue respaldado por el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación y aprobado por el Comité Internacional de Expertos. La finalidad del plan era orientar a los países y a sus comisiones nacionales en la compilación y el análisis de los datos que comprobaban la interrupción de la transmisión del sarampión endémico y de la rubéola.

4. En este documento se resumen los avances logrados hasta la fecha para documentar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC de la Región de las Américas, así como los retos y riesgos que aún se plantean para mantener a la Región libre del sarampión, la rubéola y el SRC endémicos. También se propone un plan de acción de emergencia para garantizar el mantenimiento de la eliminación de estas enfermedades en la Región.

#### **Avances logrados hasta la fecha**

5. De acuerdo con la resolución CSP27.R2 de la Conferencia Sanitaria Panamericana, se creó un Comité Internacional de Expertos y se establecieron 23 comisiones nacionales, incluida una Comisión para los Departamentos Franceses de Ultramar en las Américas. Además, se estableció una Comisión Subregional para los países y territorios de habla inglesa y de habla holandesa del Caribe, que abarca a Suriname.

6. Hasta abril del 2012, diecinueve comisiones, entre ellas la de los Departamentos Franceses y la del Caribe de habla inglesa y holandesa, habían presentado a la OPS sus informes finales acerca de la eliminación para someterlos a la consideración del Comité Internacional de Expertos. Los países restantes (Brasil, Colombia, Ecuador, Haití y Perú) presentarán sus informes a finales de junio, o después de que los países puedan asegurar que la transmisión del sarampión fue interrumpida, al haber realizado búsquedas activas y retrospectivas, ejecutado actividades de vacunación de respuesta a los brotes y llevado a cabo campañas de vacunación exitosas para cerrar las brechas en cuanto a la inmunidad.

7. Después de un análisis detallado de los informes presentados por las comisiones nacionales y por la Comisión Subregional, se concluyó que se ha logrado la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y de la rubéola. Sin embargo, los países que notificaron brotes sostenidos de sarampión en el 2011 tendrán que aportar datos probatorios de que la transmisión vírica no se extendió por un período de 12 meses o más. Para la rubéola, un país con casos de origen desconocido identificados mediante el

proceso de documentación tendrá que realizar una investigación cuidadosa para asegurarse de que los casos no se deben a la circulación endémica.

8. Como parte del proceso de documentación y de verificación, varios Estados Miembros de la OPS han determinado cuáles son los retos que deben superarse para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Por otro lado, algunos de los países han notificado puntos débiles y fallas de los sistemas nacionales de vigilancia y los programas de vacunación ordinaria, que es necesario abordar.

### **Desafíos al mantenimiento de la eliminación**

9. Entre el 2003 y el 2010, en las Américas se notificaron cifras históricamente bajas de casos de sarampión. Durante este período de ocho años, 34 de 45 países y territorios (76%) no notificaron los casos de sarampión, y otros 5 países (11%) notificaron juntos 10 casos confirmados de sarampión. Los restantes 6 países (13%) notificaron un total de 1.239 casos, 99% de los 1.249 casos confirmados en la Región durante este período. La aparición del sarampión se limitó principalmente a casos que se importaron de otros países o relacionados con la importación. Por otro lado, todos los genotipos identificados de brotes que han ocurrido en las Américas desde el 2003 han sido importados a la Región.

10. Sin embargo, en el 2011, se notificaron en las Américas 1.379 casos de sarampión, cifra ocho veces superior al promedio anual anterior de 156 casos entre el 2003 y el 2010. Este aumento coincidió con varios brotes grandes en Europa y África. De los 45 países y territorios, 33 (73,3%) no notificaron casos de sarampión, y 9 (20%) notificaron 14 casos confirmados. Tres países —Canadá, Ecuador y los Estados Unidos (6,7%)— notificaron un total de 1.290 casos, es decir 93% de los 1.379 casos confirmados en la Región (datos no confirmados para el 2011, hasta la semana epidemiológica 18/2012). Los genotipos que se han identificado con mayor frecuencia en estos tres países son el D4, que está circulando en el continente europeo; el B3, de África; y el D8 y el D9, de Asia Sudoriental y el Pacífico

11. Los brotes de sarampión más recientes, con varias transmisiones secundarias, tienen características similares. La gran mayoría de los casos ha ocurrido en grupos específicos de personas sin vacunar (grupos religiosos u otros grupos que rechazan la vacunación) o en zonas geográficas específicas, como comunidades indígenas, ciudades grandes (especialmente en la periferia), y zonas rurales y fronterizas con acceso limitado a la atención de salud. Casi todos los casos de sarampión están asociados con la importación.

12. Los brotes actuales ocurridos en la Región representan un riesgo para la eliminación del sarampión. En el 2011, se documentaron 171 brotes causados por virus del sarampión importados y estos han causado transmisiones persistentes en no menos de tres países. Para subrayar los retos, a continuación se resumen los tres brotes más

grandes.

13. El mayor brote, cuya duración fue de siete meses (semanas epidemiológicas 14/2011 a 40/2011), ocurrió en el Canadá y fue el resultado de una importación de virus del sarampión D4 de Europa. Representó 803 casos, 61% de todos los casos notificados en la Región en el 2011. Una proporción mayor de estos casos (70%) se concentró en una única provincia, Quebec, donde 79% de los casos detectados no se habían vacunado o no tenían ninguna prueba de vacunación. Las autoridades llevaron a cabo una actividad de vacunación en las escuelas que abarcó toda la provincia, destinada a niños que no estaban totalmente inmunizados contra el sarampión con la dosis recomendada de vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

14. El segundo brote en tamaño de la Región ocurrió en el Ecuador, donde se había dejado de vacunar a los niños de unas localidades rurales indígenas mientras se llevaban a cabo las actividades de vacunación rutinarias y suplementarias, con lo cual se crearon focos de población susceptible. El brote se propagó a nueve provincias diferentes en todo el país. En el 2011 ocurrió un total de 265 casos confirmados de sarampión en seis provincias y 53 casos más de niños de tres provincias en el 2012 (datos hasta mayo del 2012). El grupo de edad más afectado ha sido el de los menores de 5 años. Se han detectado casos con el genotipo B3, que se encuentra generalmente en África, junto con un caso de D4. Para garantizar la respuesta rápida a este brote de sarampión, se modificó la fecha de inicio de una campaña de seguimiento dirigida a niños hasta los 15 años de edad para comenzarla antes. Según el Ministerio de Salud, la cobertura de vacunación en niños de hasta 5 años de edad fue de  $\geq 95\%$  en la mayoría de las provincias. En el Ecuador también se cumplieron todas las actividades de vacunación para el grupo de edad de 5 a 14 años. El último caso de sarampión se notificó en la semana epidemiológica 16/2012 (datos al 2 de mayo del 2012). Una vez que el país no haya notificado ningún nuevo caso de sarampión durante un período de 12 semanas, las autoridades sanitarias ejecutarán tres actividades principales para comprobar la interrupción de la circulación del virus del sarampión: *a)* monitoreo rápido de cobertura; *b)* búsquedas activas de casos de sarampión; y *c)* hacer nuevas pruebas para detectar sarampión en muestras de suero negativas al dengue. Una vez finalizadas estas actividades, la Comisión Nacional del Ecuador presentará el informe final sobre la interrupción de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola, y el SRC en el país.

15. El estado de São Paulo (Brasil) notificó el brote, clasificado en tercer lugar por su tamaño, con seis casos aislados y tres cadenas de transmisiones, que ocasionaron 27 casos confirmados en siete municipios. Solo dos de los seis casos aislados notificaron haber viajado al extranjero. En dos casos, se aisló el genotipo D4. Además, se informó que un niño de 7 meses había tenido un exantema con una fecha de aparición del 24 de diciembre del 2011, que finalmente fue confirmado como sarampión con el genotipo D4. A pesar de las investigaciones epidemiológicas completas que se hicieron, no fue posible identificar el origen de la infección en ninguno de los casos ni vincular ninguno de los

casos confirmados con las importaciones. La Comisión Nacional para documentar y comprobar la eliminación del sarampión y la rubéola examinará la epidemiología y los resultados de las búsquedas retrospectivas de casos a finales de abril del 2012, para descartar o confirmar la circulación del virus del sarampión en la zona.

16. En el período 1998-2006, los casos confirmados de rubéola en las Américas disminuyeron en 98%, al pasar de 135.947 a 3.005. Sin embargo, en el 2007, las Américas experimentaron un resurgimiento de los casos de rubéola debidos a las importaciones del virus de la rubéola a los países que inicialmente habían dirigido las campañas de vacunación masiva solamente a las mujeres. Los casos confirmados de rubéola aumentaron de 3.005 en el 2006 a 13.187 en el 2007, como resultado de los brotes ocurridos en tres países. En el 2008, en la Región se notificó un total de 4.536 casos confirmados de rubéola; y los casos ocurridos en dos países representaban 98% de ellos. Como una consecuencia lamentable de los brotes de rubéola del período 2008-2009, se notificó un total de 27 casos del SRC en estos dos países. El último caso confirmado del SRC fue un niño nacido el 26 de agosto del 2009. En respuesta a estos brotes, los países intensificaron las actividades de vigilancia y las intervenciones de vacunación por medio de actividades complementarias de vacunación de adolescentes y adultos. Los países que culminaron las campañas para adolescentes y adultos, hombre y mujeres, no han notificado casos de rubéola endémica. El último caso confirmado de rubéola endémica se notificó en febrero del 2009. En el 2009, dos países notificaron 7 casos de rubéola asociados con la importación; en el 2010, el total regional fue de 15 casos de rubéola asociados con la importación; y en el 2011, fue nuevamente de 7 casos de rubéola asociados con la importación (datos provisionales hasta abril del 2012). En el 2010 y el 2011 no se notificaron casos endémicos del SRC.

17. A pesar de la escasa información sobre epidemiología molecular, el genotipo 1C del virus de la rubéola se ha identificado como endémico solo en las Américas, ya que no se ha encontrado en otras regiones del mundo. El último caso de transmisión vírica del 1C ocurrió en el 2005. Entre el 2006 y el 2009 se aisló el genotipo 2B de los brotes notificados en tres países y se consideró endémico en las Américas, pero la transmisión endémica fue interrumpida en el 2009. Desde el 2009, los virus de los genotipos 1E, 1G, 1J y 2B se han vinculado a los casos importados.

18. Durante el proceso de comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola, y el SRC, Colombia identificó varios casos de rubéola confirmada clínicamente y por laboratorio en 2008, 2009 y 2011. El primer caso detectado fue un caso de rubéola confirmado por laboratorio ocurrido en el 2011, sin información sobre el genotipo. Las investigaciones retrospectivas en el mismo departamento de Colombia revelaron ocho casos más de rubéola con confirmación de laboratorio o clínica entre el 2008 y el 2009. La mayoría de las personas afectadas no tenían antecedentes de vacunación. Se efectuaron búsquedas retrospectivas y activas de casos para complementar la investigación epidemiológica, pero no fue posible identificar el origen de la infección en

ninguno de estos casos. Colombia tendrá que ejecutar búsquedas activas de casos en las zonas epidemiológicamente silenciosas del país.

19. Aunque el progreso hacia la meta de documentar y comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC se encontraba en curso a finales del 2011, algunas de las comisiones nacionales han llegado a la conclusión de que la vigilancia epidemiológica no es lo suficientemente robusta para garantizar el mantenimiento de la eliminación de la rubéola y el SRC. No obstante, las comisiones declaran que la documentación para comprobar la ausencia de las enfermedades endémicas en la Región puede lograrse si los puntos débiles detectados se corrigen con prontitud. Con este propósito se insta a los países a que adopten medidas inmediatas a fin de superar los retos determinados durante el proceso de comprobación y conseguir que se mantengan los logros en la eliminación de las enfermedades endémicas.

20. Cada vez se ha vuelto más importante velar por que se den respuestas de vacunación oportunas al sarampión importado y a los virus de la rubéola mientras se logran avances para documentar y comprobar la eliminación de los virus endémicos. Los Estados Miembros han tomado otras medidas costosas para reducir el riesgo de que ocurran nuevos brotes causados por la propagación internacional del sarampión y los virus de la rubéola. Estas medidas incluyen actividades ordinarias y complementarias de inmunización para cerrar las brechas en la inmunidad de la población, vigilancia de la cobertura rápida, vacunación de las poblaciones vulnerables e investigaciones oportunas de cada caso importado. En las campañas complementarias para la eliminación del sarampión y de la rubéola en la Región, se ha vacunado a 485 millones de personas, a menudo con campañas simultáneas que tienen lugar en las zonas fronterizas con los países vecinos. Las actividades para controlar los brotes generan costos directos sustanciales para la salud pública y el sistema de atención de salud, con un costo neto para el sector público de hasta US\$10.000 por caso.<sup>2</sup>

21. La Región de las Américas sigue expuesta al riesgo de las importaciones, dada la circulación continua de los virus del sarampión y de la rubéola en otras regiones del mundo. Además, el anuncio de la eliminación del sarampión endémico y de la rubéola puede ser interpretado erróneamente por el público en general o por las personas que no conocen las distinciones técnicas entre los casos importados y los endémicos.

22. Habida cuenta de los restantes retos para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas, se propone que la 150.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo recomiende que la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución sobre un plan de acción de emergencia. Esta resolución debe instar a los Estados Miembros a que fortalezcan la vigilancia activa de estas enfermedades y a que mantengan una inmunidad alta en la población mediante la vacunación.

---

<sup>2</sup> Sugerman DE, Barskey AE, Delea MG, et al. Measles outbreak in a highly vaccinated population, San Diego, 2008: Role of the intentionally undervaccinated. *Pediatrics* 2010;125(4):747–55.

### **Plan de acción regional de emergencia 2012-2014 para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola**

23. Con miras a mantener la meta regional de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y de conformidad con las siguientes pautas del GTA, el CIE y la OPS, se formuló un plan de acción de emergencia para los próximos dos años a fin de corregir las deficiencias detectadas en los programas de inmunización y de vigilancia para el sarampión, la rubéola y el SRC.

24. Se pidió a los Estados Miembros que comprobaran la interrupción del sarampión endémico, la rubéola y los casos del SRC en todos los países de las Américas durante un período de al menos tres años a partir de la fecha del último caso endémico conocido, en presencia de vigilancia de alta calidad y con la coordinación y la orientación de la OPS. La eliminación es la interrupción de la transmisión de enfermedades endémicas durante un período de al menos 12 meses bajo vigilancia de alta calidad. Para mantener y aprovechar este logro de eliminación, la OPS insta a los Estados Miembros a ejecutar las siguientes acciones, que son sumamente recomendados por el CIE:

- a) Mantener la vigilancia estándar de alta calidad para la eliminación en todos los Estados Miembros y asegurar medidas oportunas y eficaces de respuesta a los brotes, ante toda importación del virus salvaje. Para garantizar la vigilancia de alta calidad, deben realizarse las siguientes actividades:
  - i. Implantar evaluaciones externas rápidas del sistema de vigilancia del sarampión, la rubéola y el SRC a fin de aumentar la robustez y la calidad de la detección de casos, así como la notificación, además de fortalecer los registros de las anomalías congénitas.
  - ii. Efectuar búsquedas activas de casos y examinar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia en las áreas epidemiológicamente silenciosas.
  - iii. Emitir mensajes de alerta sobre salud destinados a eventos colectivos (como los juegos olímpicos y la Copa Mundial de la FIFA).
  - iv. Incluir al sector privado en la vigilancia de las enfermedades haciendo hincapié en la inclusión de la red de laboratorios privados sobre sarampión y rubéola.
  - v. Mejorar la colaboración entre los equipos epidemiológicos y de laboratorio para mejorar la vigilancia del sarampión y la rubéola y la clasificación final de los casos presuntos.
  - vi. Mejorar la genotipificación molecular de los casos confirmados en todos los brotes.
  - vii. Subsanan las brechas y las fallas en los sistemas de vigilancia, de acuerdo a la determinación que hayan hecho las comisiones nacionales.

- b) Mantener una elevada cobertura de vacunación de la población contra sarampión y rubéola ( $\geq 95\%$ ) en todos los Estados Miembros. Con este fin, se recomiendan las siguientes actividades:
- i. Poner en práctica la vigilancia de la cobertura rápida detectar a las poblaciones susceptibles al sarampión y la rubéola, haciendo hincapié en las poblaciones de alto riesgo que tenga alguna de las siguientes características:
    - Vivir en las zonas fronterizas de mucha circulación.
    - Vivir en zonas densamente pobladas, como las comunidades periféricas en zonas urbanas.
    - Vivir en zonas donde la cobertura de vacunación es baja o las tasas de deserción de la vacunación son elevadas.
    - Vivir en zonas que no notifican casos presuntos (epidemiológicamente silenciosos).
    - Vivir en zonas con una alta densidad de turistas.
    - Es difícil llegar hasta estas poblaciones por razones geográficas, culturales o socioeconómicas.
    - Se dedican al comercio/intercambio (por ejemplo, en ferias, mercados) o viven en zonas muy industrializadas.
  - ii. Llevar a la práctica de inmediato actividades de vacunación en zonas donde la vigilancia de la cobertura rápida determina que la cobertura está por debajo del umbral recomendado de 95%.
  - iii. Llevar a la práctica campañas de alta calidad para el seguimiento de la vacunación. Para asegurar altos niveles de inmunidad, los países han contraído compromisos de ejecutar este tipo de campañas mientras la Región se encuentre en el proceso de comprobar que está libre de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola (2008-2014).

25. La aplicación plena de las actividades intensificadas de vacunación para mantener la situación de eliminación será esencial para garantizar la cobertura de vacunación alta, especialmente en las zonas donde hay poblaciones susceptibles. En las zonas donde los virus del sarampión y la rubéola todavía están en circulación, los esfuerzos para interrumpir la transmisión vírica y realizar investigaciones epidemiológicas deben centrarse en los grupos de población vulnerables sin vacunar y en las zonas de alto riesgo.

26. Los países deben integrar las actividades propuestas para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y del SRC en sus planes de acción anuales para los programas nacionales de vacunación, que reflejarán un compromiso político continuo y

financiamiento suficiente.

27. Con el propósito de garantizar el plan de acción de emergencia 2012-2014 para mantener a la Región libre de sarampión, rubéola y el SRC es necesario financiar la totalidad del presupuesto 2012-2014, que asciende a US\$1,5 millones.

### **Intervención del Comité Ejecutivo**

28. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine la información suministrada en este documento y a considerar si es apropiado pasar este tema de la categoría actual “Asuntos de Información” a la de “Asuntos Relativos a la Política de los Programas”, a fin de aprobar una resolución durante la 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana.