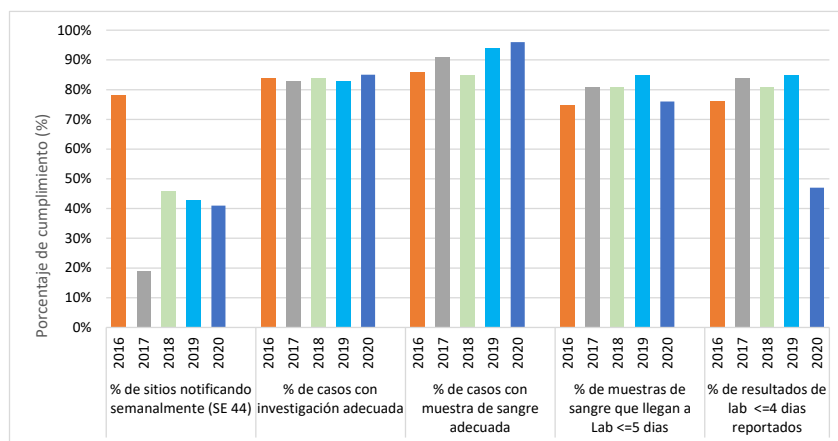


### Resumen de la situación

En 2020, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 41, un total de 9 países de la Región de las Américas notificaron 8.479 casos confirmados de sarampión, incluidas 8 defunciones: Argentina (61 casos, incluida una defunción), Bolivia (2 casos), Brasil (8.202 casos, incluidas 7 defunciones), Canadá (1 caso), Chile (2 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos de América (12 casos), México (196 casos) y Uruguay (2 casos). Actualmente, solo Brasil notifica brotes activos de sarampión, sin embargo, este evento constituye una amenaza para otros países y territorios de la Región de las Américas.

Múltiples factores han contribuido a la ocurrencia de los brotes de sarampión en las Américas entre 2018 y 2020, entre ellos el incumplimiento de la cobertura de vacunación con dos dosis, ahora influenciada por la pandemia de COVID-19. Durante el período 2018 a 2020 se cumplieron tres de los seis indicadores internacionales para la vigilancia integrada de sarampión y rubéola: 1) Tasa de notificación de casos sospechosos por 100.000 habitantes; 2) el porcentaje de casos con muestras de sangre adecuadas; y 3) el porcentaje de casos con investigaciones adecuadas; sin embargo, no se han cumplido 3 indicadores: el porcentaje de sitios que notifican semanalmente, porcentaje de casos con muestras enviadas en 5 días o menos y el porcentaje de muestras con resultados de laboratorio en 4 días o menos (**Figura 1**). En el 2020 desde el inicio de la pandemia y debido a las indicaciones de cuarentena en la población ha habido un descenso de coberturas de vacunación y de los indicadores de vigilancia epidemiológica de las EPV en todas las subregiones de la Región de las Américas. Por lo tanto, considerando las brechas entre los indicadores, la baja cobertura de vacunación en muchos países y la circulación de virus en otras regiones del mundo, no se puede descartar la aparición de nuevos brotes de diversa magnitud en la Región de las Américas.

**Figura 1.** Distribución de 5 de los 6 indicadores internacionales para la vigilancia integrada del sarampión / rubéola. Región de las Américas, 2016 a 2020 (hasta la SE 44)



**Fuente:** OPS / OMS, Boletín semanal - Sarampión-Rubéola-Síndrome de rubéola congénita. Disponible en: <https://bit.ly/35oUP5R>

**Cita sugerida:** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 16 de noviembre de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020

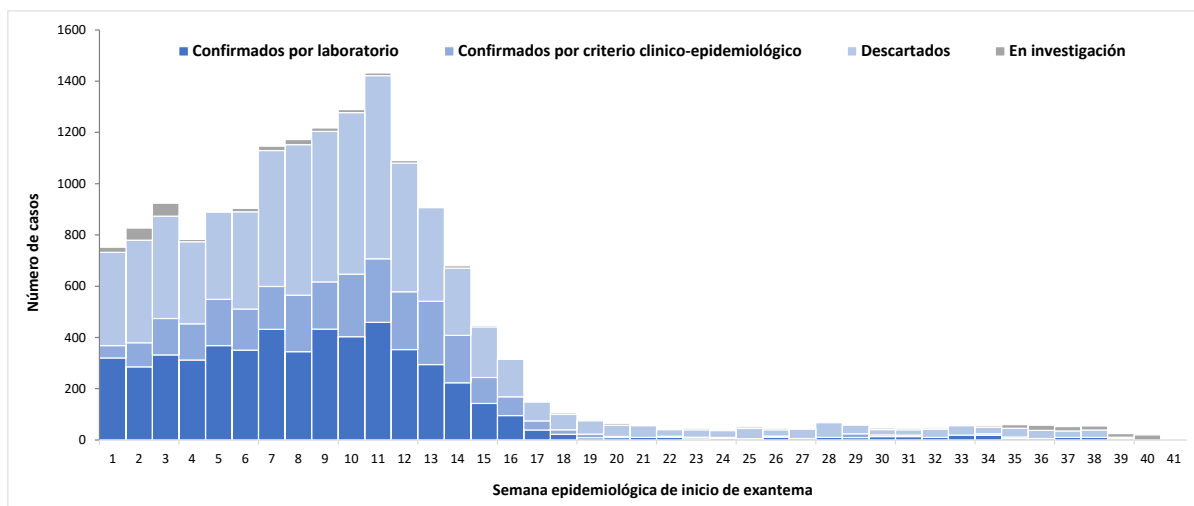
En 2019, no se logró una cobertura de vacunación con la primera dosis de la vacuna de sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1) mayor o igual a 95% en 22 países y territorios de la Región de las Américas, y 4 países (Bolivia, Haití, México y Paraguay) tenían una cobertura inferior a 80%. Para SRP2, no se logró una cobertura de vacunación de mayor o igual a 95% en 29 países y territorios de la Región de las Américas y 14 países y territorios (Anguila, Barbados, Bolivia, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Perú, Santa Lucía, Surinam y la República Bolivariana de Venezuela) tuvieron una cobertura inferior a 80%.

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en Brasil y México, países que ha notificado casos confirmados de sarampión desde la última Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 27 de mayo de 2020<sup>1</sup>.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 41 de 2020, se notificaron 16.169 casos sospechosos, de los cuales 8.202 (51%) fueron confirmados, incluidas 7 defunciones, 7.536 fueron descartados y 431 continúan en investigación. El genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ que circuló en 2019, continúa predominando en 2020.

Entre la SE 1 y la SE 41 de 2020, se observa un promedio de 404 casos notificados por semana epidemiológica. A partir de la SE 11 se observa un descenso progresivo en la notificación de casos sospechosos que coincide con el inicio de la pandemia por COVID-19 y la priorización de acciones de salud pública en ese contexto (**Figura 2**).

**Figura 2.** Casos notificados de sarampión según semana epidemiológica de inicio de exantema. Brasil, SE 1 a SE 41 de 2020.



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

De los 8.202 casos confirmados, 4.505 (55%) no estaban vacunados, 1.573 (19%) estaban vacunados, y en 2.106 (26%) casos no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 27 de mayo de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3euqRAc>

En 2020, las Unidades Federales que reportan mayor tasa de incidencia acumulada de casos confirmados de sarampión en Brasil son: Pará (94 casos por 100.000 habitantes), Maranhão (32 casos por 100.000 habitantes), Ceará (19 casos por 100.000 habitantes) y Amapá (18 casos por 100.000 habitantes).

Las unidades federales que continúan con brotes activos<sup>2</sup> en 2020 son 4: Pará con 5.287 casos confirmados incluidos 5 fallecidos, Rio de Janeiro con 1.333 casos confirmados incluido 1 fallecido, São Paulo con 822 casos confirmados incluido 1 fallecido, y Amapá con 107 casos confirmados.

Entre la SE 26 de 2019 y la SE 41 de 2020, el genotipo identificado en los estados con brotes activos fue el D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica en las unidades federales con brotes activos:

En Pará, entre la SE 1 y la SE 41 de 2020, se notificaron 8.078 casos sospechosos, de los cuales 5.287 fueron confirmados (incluidas 5 defunciones, 4 en niños de 1 año o menos y uno en un adulto), 2.775 fueron descartados y 16 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de 1 año o menos (737 casos por 100.000 habitantes); seguido por el de 15 a 19 años (182 casos por 100.000 habitantes); y el grupo de 20 a 29 años (146 casos por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 3.638 (69%) no estaban vacunados, 670 (13%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 979 casos (18%) no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En Rio de Janeiro, entre la SE 1 y la SE 41 de 2020, se notificaron 2.783 casos sospechosos, de los cuales 1.333 fueron confirmados (incluida una defunción en un niño de 8 meses), 1.388 fueron descartados y 62 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de 1 a 4 años (150 casos por 100.000 habitantes); seguido por el grupo de 1 año o menos (126 casos por 100.000 habitantes); y el grupo de 50 a 59 años (3 casos por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 497 (37%) no estaban vacunados, 500 (38%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 336 casos (25%) no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En São Paulo, entre la SE 1 y la SE 41 de 2020, se notificaron 2.704 casos sospechosos, de los cuales 822 fueron confirmados (incluida una defunción en niño de 1 año), 1.767 fueron descartados y 115 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de 1 año o menos (43 casos por 100.000 habitantes); seguido por el de 1 a 4 años (7 casos por 100.000 habitantes); y el grupo de 15 a 19 años (5 casos por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 284 (34%) no estaban vacunados, 378 (46%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 160 casos (20%) no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En Amapá, entre la SE 1 y la SE 41 de 2020, se notificaron 255 casos sospechosos, de los cuales 107 fueron confirmados, 117 fueron descartados y 31 continúan en investigación. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se observan en el grupo de 1 año o menos

---

<sup>2</sup> Unidades federales que notificaron casos confirmados en los últimos 90 días.

(252 casos por 100.000 habitantes); seguido por el de 1 a 4 años (62 casos por 100.000 habitantes); y el grupo de 5 a 9 años (22 casos por 100.000 habitantes). Del total de casos confirmados, 65 (61%) no estaban vacunados, 6 (6%) estaban vacunados (no se cuenta con información sobre el total de dosis por persona). En 36 casos (34%) no se obtuvo información sobre el antecedente de vacunación.

En **México**, entre la SE 7 y la SE 45 de 2020, se notificaron 2,182 casos probables<sup>3</sup>, de los cuales 196 fueron confirmados, 1,878 fueron descartados y 108 continúan en investigación.

De los 196 casos confirmados, 144 se notificaron en la ciudad de México, 49 en el estado de México, 2 en el estado de Campeche y uno en el estado de Tabasco. A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de sarampión en cada uno:

En la *ciudad de México*, se notificaron 520 casos probables, de los cuales 144 fueron confirmados (137 por laboratorio y 7 por criterio clínico-epidemiológico); 5 permanecen bajo investigación. Se notificaron casos confirmados en 14 de las 16 alcaldías: Gustavo A. Madero (82 casos), Miguel Hidalgo (17 casos), Iztapalapa (10 casos), Cuajimalpa de Morelos (8 casos), Álvaro Obregón (7 casos), Xochimilco (4 casos), Coyoacán (3 casos), Cuauhtémoc (3 casos), Venustiano Carranza (3 casos), Tláhuac (2 casos), Tlalpan (2 casos), Azcapotzalco (1 caso), Milpa Alta (1 caso), e Iztacalco (1 caso). De los 144 casos confirmados en la ciudad de México, todos son ciudadanos mexicanos y el 61% son hombres. La mayor proporción de casos confirmados se observó en el grupo etario de 20 a 29 años (28%), seguido del grupo de 2 a 9 años (17%), de 30 a 39 años (15%), 40 a más años (12%), menores de 1 año (10%), de 1 año (9%) y de 10 a 19 años (9%). De los casos confirmados en la ciudad de México, 26 (18%) tienen antecedentes comprobados de vacunación. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 01 de mayo de 2020, en la alcaldía de Iztapalapa.

En el *Estado de México*, se notificaron 224 casos probables, de los cuales 49 fueron confirmados, 47 por laboratorio y 2 por criterio clínico-epidemiológico; 10 permanecen bajo investigación. Los casos confirmados, se notificaron en 13 municipios del estado de México: Ecatepec de Morelos (13 casos), Tlalnepantla de Baz (13 casos), Nezahualcóyotl (5 casos), Cuautitlán (5 casos), Tecámac (3 casos), Chalco (2 casos), Toluca (2 casos), Atizapán de Zaragoza (1 caso), Chimalhuacán (1 caso), Zinacantepec (1 caso), Naucalpan (1 caso), Zumpango (1 caso) y Huehuetoca (1 caso). De los 49 casos confirmados todos son ciudadanos mexicanos y el 50% son hombres. La mayor proporción de casos confirmados corresponde al grupo etario de 2 a 9 años (25%), seguido por el grupo de 1 año (19%), de menores de 1 año (12%), de 10 a 19 años (12%), 20 a 29 años (12%), 30 a 39 años (10%) y 40 a más años (8%). De los casos confirmados, el 21% tiene antecedente comprobado de vacunación. El último caso confirmado en el Estado de México tuvo inicio de exantema el 31 de mayo de 2020, en el municipio de Nezahualcóyotl.

En el *Estado de Campeche*, se notificaron 10 casos probables, de los cuales 2 fueron confirmados y ninguno permanece bajo investigación. Los casos fueron descritos en las Actualizaciones Epidemiológicas del 17 de abril<sup>4</sup> y 27 de mayo de 2020<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Caso probable de sarampión o rubéola de México: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre y exantema maculopapular, y uno o más de los siguientes signos y síntomas: tos, coriza, conjuntivitis o adenomegalias (retroauriculares, occipitales o cervicales). Disponible en: <https://bit.ly/2KeOjDm>

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 17 de abril de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2yo1KOq>

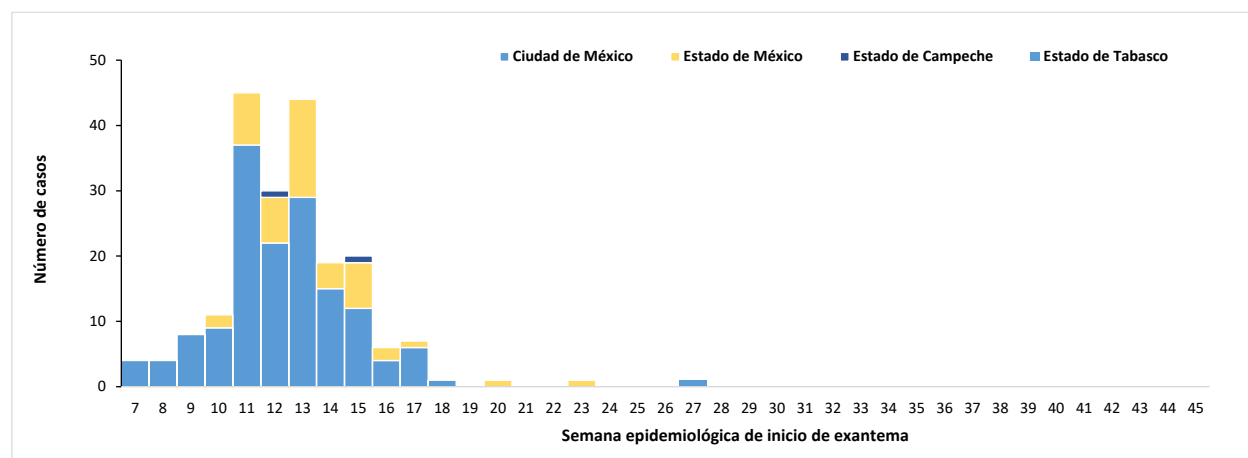
<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 27 de mayo de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32KL009>

En el *Estado de Tabasco*, se notificaron 41 casos probables, de los cuales uno fue confirmado y 4 permanecen bajo investigación. El caso corresponde a un niño de 11 años, residente del municipio de Balancán, con antecedente de vacunación comprobado y sin antecedente de viaje, y tuvo inicio de exantema el 29 de junio de 2020.

En México, las edades de los casos confirmados de sarampión fueron entre 3 meses y 67 años y el 58% son hombres. Las fechas de inicio de exantema de los casos confirmados en México están entre el 12 de febrero y el 29 de junio de 2020 (**Figura 3**).

El análisis realizado por el Laboratorio Nacional de Referencia (InDRE) identificó el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ en 83 de los casos confirmados.

**Figura 3.** Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema. México, SE 7 a la SE 45 de 2020.



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

## Orientaciones para las autoridades nacionales

El 27 de septiembre de 2016, la Región de las Américas fue la primera en el mundo en ser declarada libre de sarampión, como un esfuerzo de 22 años, que involucró una amplia administración de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola en el continente. La eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas ha constituido un hito muy importante, por lo que la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a seguir las recomendaciones de la XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de 2019<sup>6</sup> las cuales están sujetas a ajustes en el contexto de la pandemia por COVID-19, con el objetivo de reconfirmar la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas.

En el escenario de la pandemia por COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha generado un documento con orientaciones respecto al funcionamiento de los programas de inmunizaciones en el contexto de la pandemia por COVID-19, publicada el 26 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/2RNIFgz>, las cuales fueron consultadas

<sup>6</sup> XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. 9 al 11 de julio del 2019. Cartagena (Colombia). Disponible en: <https://bit.ly/36i6Wka>

con los miembros del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de OPS, y están alineadas con las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS (SAGE por sus siglas en inglés).

Dentro de los lineamientos y recomendaciones para países con brotes de sarampión se destaca lo siguiente:

### **Vacunación**

- Involucrar al Grupo Técnico Asesor Nacional sobre Inmunización (NITAG por sus siglas en inglés) en la toma de decisiones sobre la continuidad del servicio de vacunación.
- En los establecimientos de salud en los cuales se van a realizar actividades de vacunación, es fundamental que los profesionales de salud estén atentos a signos y síntomas de enfermedades respiratorias y ofrezcan a los pacientes con síntomas gripales una mascarilla quirúrgica y los refieran para evaluación médica según los protocolos locales de abordaje inicial de los pacientes con sospecha de COVID-19.
- Aunque actualmente no existen contraindicaciones médicas conocidas sobre la vacunación de una persona que haya tenido contacto con un caso de COVID-19, se recomienda diferir la vacunación hasta que se haya cumplido la cuarentena (14 días después de la última exposición).
- De ocurrir un brote de una EPV, se deberá evaluar el riesgo-beneficio de realizar una vacunación de respuesta al brote teniendo en cuenta la capacidad del sistema de salud para ejecutar esta actividad de manera segura en el contexto de la actual pandemia de COVID-19. El análisis deberá evaluar el riesgo de una respuesta tardía frente a los riesgos asociados de una respuesta inmediata, tanto en términos de morbilidad y mortalidad por la EPV, como del impacto potencial de una mayor transmisión de SARS-CoV-2. Si se decide la realización de una campaña de vacunación, se deberá cumplir con medidas estrictas para proteger a los trabajadores de la salud, salvaguardar a la población y garantizar el manejo de los desechos sólidos. Si la decisión es retrasar la campaña de vacunación de respuesta al brote, se requerirá realizar una evaluación periódica de la morbilidad y mortalidad por la EPV y considerar el riesgo de un mayor retraso en la respuesta.
- El servicio de vacunación deberá restablecerse cuando se haya reducido el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 y la capacidad del sistema de salud se haya recuperado lo suficiente como para reanudar estas actividades. Es probable que todavía haya algún nivel de transmisión de SARS-CoV-2 en curso cuando se reanuden los servicios. Es probable que aún se necesiten medidas más estrictas de prevención y control de infecciones y prácticas de distanciamiento social en las fases iniciales de la reanudación del servicio de vacunación. El NITAG debe asesorar al país sobre cómo reanudar el servicio y que poblaciones deben ser priorizadas.
- Vacunar a poblaciones en riesgo residentes en zonas donde está circulando el virus de sarampión que no tengan prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en empresas de servicios esenciales, hotelería y turismo, instituciones con población cautiva y transporte (hospitales, aeropuertos, cárceles, albergues, municipios 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.

### Vigilancia epidemiológica

- Los sistemas de vigilancia deben continuar con la detección temprana y el manejo de casos de EPV, como mínimo para enfermedades con mandatos de vigilancia global y objetivos de eliminación como el sarampión y la rubéola, entre otros.
- 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 maculopapular con al menos uno de los siguientes síntomas y signos: tos, coriza y conjuntivitis) y nexos epidemiológicos, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta. Esto es particularmente importante en escenarios de circulación de arbovirosis como dengue, Zika y Chikungunya.
- La vigilancia rutinaria para otras EPV debe continuar tanto como sea posible; cuando no sea posible realizar pruebas de laboratorio, las muestras deben almacenarse adecuadamente para su confirmación cuando la capacidad del laboratorio lo permita. Los países deben garantizar suficiente capacidad de almacenamiento de muestras a nivel provincial y central, y monitorearla regularmente.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras para detectar y responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.

### Respuesta rápida

- Brindar una respuesta rápida frente a los casos de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los equipos 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 edad<sup>7</sup> 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 2017<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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>

## 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. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
3. Boletín semanal de vigilancia epidemiológica de sarampión, rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita. OPS/OMS Unidad de Inmunizaciones. Disponible en: <https://bit.ly/2AhCTwx>
4. OPS/OMS. El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19 – 26 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2XKtkAe> (en Español) <https://bit.ly/2xCi1iM> (en Portugués) y <https://bit.ly/2VALMsi> (en Inglés).
5. OMS. COVID-19: Orientaciones para las actividades de inmunización durante la Pandemia de COVID-19, 26 de marzo, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/34sfun8>
6. OMS. COVID-19: Guía operacional para mantenimiento de los servicios de salud esenciales durante un brote. OMS. Guía provisional. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/34H1ohW>
7. OMS. Marco para la toma de decisiones: puesta en práctica de campañas de vacunación masiva durante la COVID-19: orientaciones provisionales, 22 de mayo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2QMDFXG>
8. OPS/OMS. Vacunación a lo largo del curso de vida en el nivel de atención primaria en el contexto de la pandemia COVID-19. 17 de junio de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2QltPpt>
9. OPS/OMS. Resumen de la situación de los programas nacionales de inmunización durante la pandemia de COVID-19 de julio del 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3IMHwIV>

## Enlace de utilidad:

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