

28 de octubre del 2024

Ante la reciente identificación de conglomerados y casos de sarampión en países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros continuar fortaleciendo las actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida, incluyendo esfuerzos especiales en poblaciones que se conocen como renuentes a la vacunación y en comunidades aledañas o que sirven de acogida a estas poblaciones. Se recomienda implementar búsquedas activas comunitarias, institucionales y de laboratorio, además de actividades complementarias de vacunación para cerrar posibles brechas de inmunidad.

Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024, hasta el 15 de octubre del 2024 se notificaron 502.657 casos sospechosos de sarampión, en 182 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 283.667 (56%) fueron confirmados¹. En el año 2023, se informaron 623.410 casos sospechosos de sarampión en 176 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 321.922 (52%) fueron confirmados¹ (1, 2).

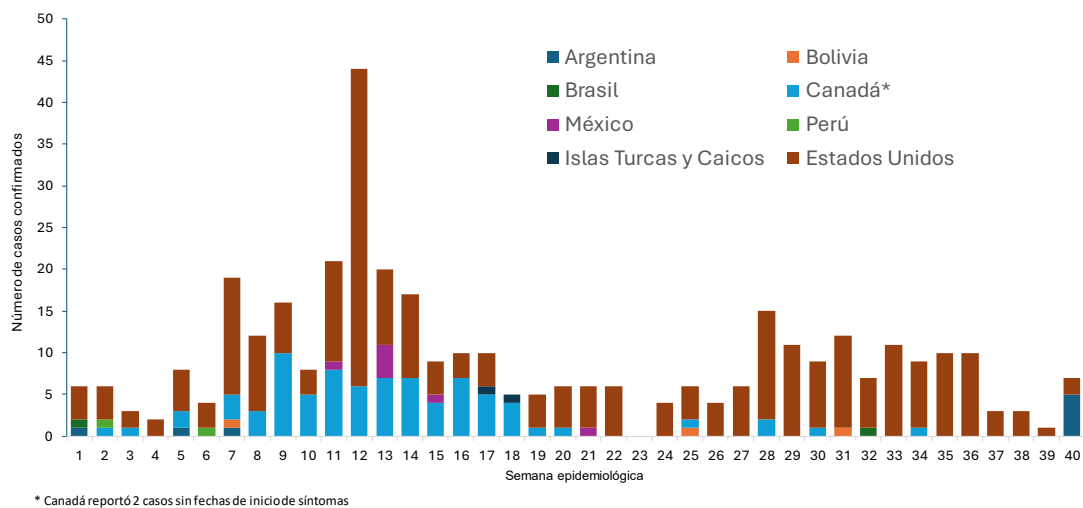
Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2024, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 40, en la Región de las Américas, se notificaron 14.373 casos sospechosos de sarampión de los cuales 376 casos han sido confirmados en Argentina (n= 11), Estado Plurinacional de Bolivia (n= 3), Brasil (n= 2), Canadá (n= 82), los Estados Unidos de América (n= 267), las Islas Turcas y Caicos (n= 2), México (n= 7) y Perú (n= 2) (**Figura 1**) (3, 4, 5, 6).

La distribución de los casos confirmados por semana epidemiológica muestra un incremento de casos partir de la SE 7 del 2024, con el número máximo de casos registrado en la SE 12. A partir de la SE 13 se observa una tendencia general al descenso que se ha mantenido hasta la SE 40. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 1-4 años, 5-9 años y al de 20-29 años con un 26%, 25% y 25% respectivamente. Con relación al antecedente de vacunación, el 57% de los casos no estaban vacunados y en 28% dicha información era desconocida o ausente (**Figura 2**) (4).

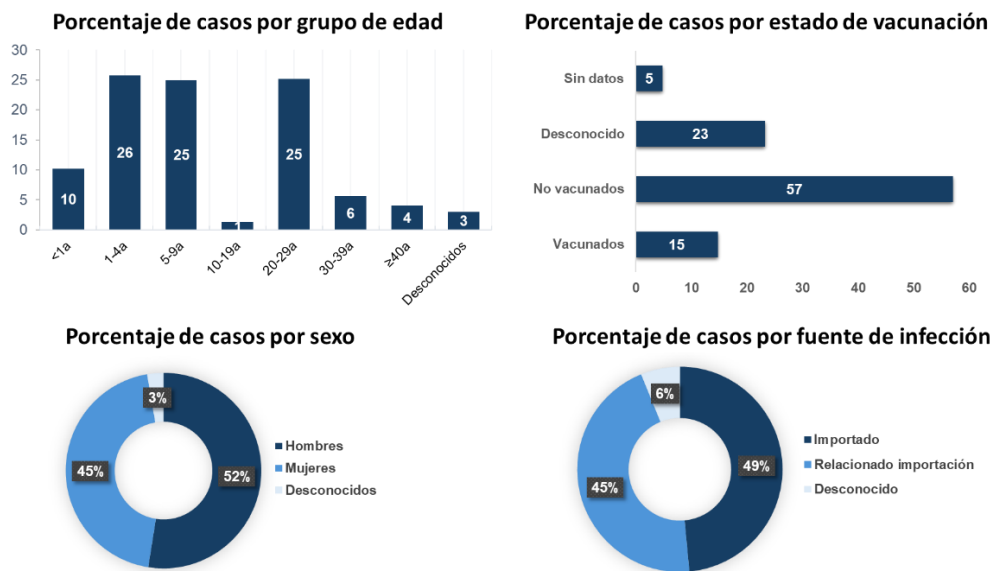
¹ Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos.

Figura 1. Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica en la Región de las Américas, 2024



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito, y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2024 [consultado el 15 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

Figura 2. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito.

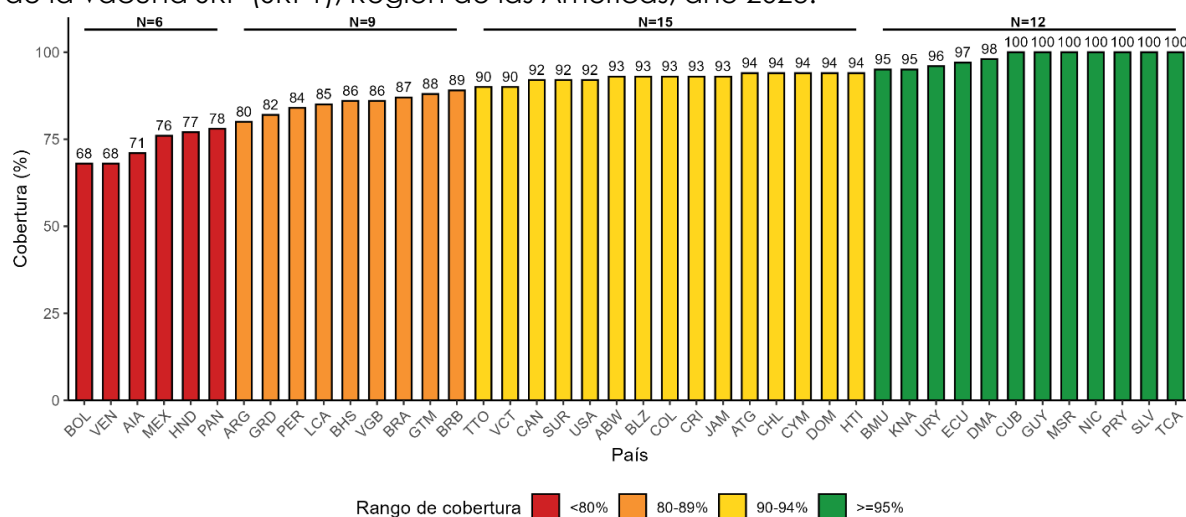
Coberturas de vacunación en la Región de las Américas

Durante el 2024, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), alertó en dos ocasiones (el 29 de enero y el 3 de junio) sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países y territorios de la Región de las Américas (7,8). Los datos de las coberturas de vacunación de sarampión y otras enfermedades en la Región de las Américas se encuentran disponibles en el tablero de la OPS Inmunización a lo largo del curso de vida en las Américas, cuyos datos se encuentran actualizados al 3 de octubre del 2024 (9).

Se presenta un análisis del rango de coberturas de las vacunas SRP1 y SRP2, para el año 2023 en los países y territorios de la Región de las Américas. Frente a la aplicación de la primera dosis SRP1, el 28,6% (12/42) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores al 95%, el 35,7% (15/42) tienen coberturas entre 90-94%, el 21,4% (9/42) coberturas entre 80-89% y el 14,3% (6/42) coberturas menores al 80% (**Figura 3**).

En relación con la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 16,7% de los países y territorios (7/42) presentan un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 50,0% (21/42) presentan un nivel de cobertura menor al 80% (**Figura 4**). La cobertura para la Región de las Américas es del 87% para SRP1 y del 76% para SRP2 (9).

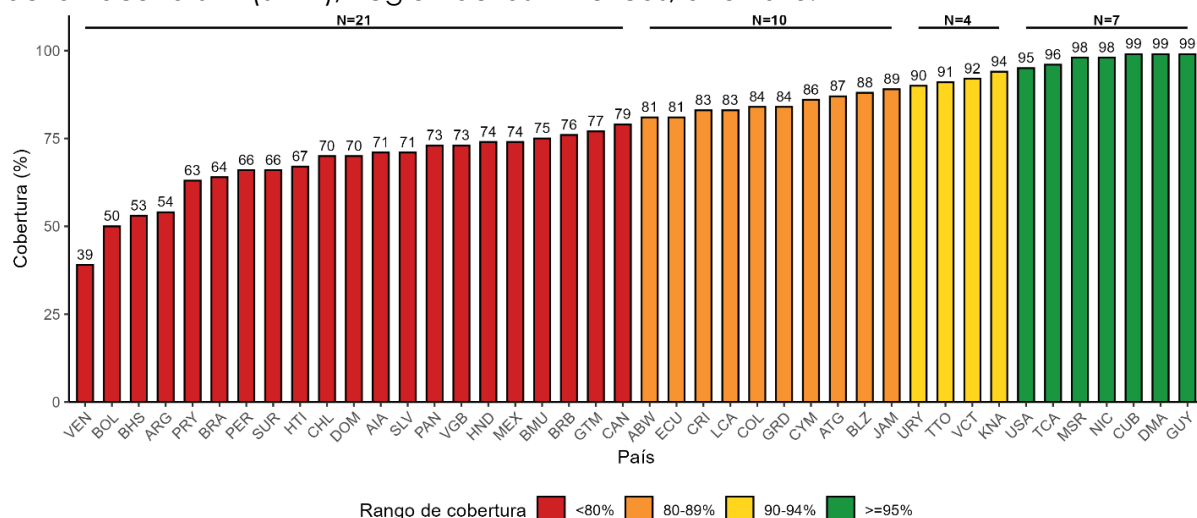
Figura 3. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna SRP (SRP1), Región de las Américas, año 2023.



***Nota – los acrónimos en orden alfabético usados para indicar el país y/o territorio son:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nevis; LCA: Santa Lucía; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Islas Vírgenes Británicas.

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito.

Figura 4. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna SRP (SRP2), Región de las Américas, año 2023.



***Nota – los acrónimos en orden alfabético usados para indicar el país y/o territorio son:** ABW: Aruba; ALA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nevis; LCA: Santa Lucía; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Islas Vírgenes Británicas.

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito.

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países y territorios que han notificado casos confirmados en 2024.

En **Argentina**, desde la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han confirmado 11 casos de sarampión, ocho de los cuales corresponden a una misma cadena de transmisión familiar (5). El 8 de octubre, el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina emitió una alerta epidemiológica (10) ante la confirmación de tres casos de sarampión en Lamarque, provincia de Río Negro, en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible. El 4 de octubre del 2024, el equipo de respuesta rápida de la provincia de Río Negro inició la investigación de brote ante un rumor e identificaron casos sintomáticos y personas que al momento no contaban con síntomas pero que referían haberlos tenido. Por este motivo, se procedió a la toma de muestras. Hasta la SE 40 del 2024, en este brote se confirmaron ocho casos, dos de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Pirá, Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia (5), en la misma zona donde se había notificado un caso confirmado de sarampión en el mes de agosto. Los restantes seis casos son familiares de los dos casos que viajaron. Otros contactos familiares se encuentran en estudio. No se registraron casos sintomáticos fuera de la familia. Según las investigaciones, se trata de un brote a partir de los dos casos importados, donde luego se identificaron los seis casos secundarios relacionados a esta importación. Todos los casos positivos presentaron detección de anticuerpos IgM en el laboratorio de referencia de la provincia y se confirmaron en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI- ANLIS "Carlos G. Malbrán". Dos de ellos presentan además detección de genoma viral

del virus del sarampión, por RtaPCR en orina e hisopado nasofaríngeo. Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados corresponden a personas entre 18 meses y 34 años. El equipo de respuesta rápida a brotes de la provincia de Río Negro continúa con la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes (5). En este brote se determinó el genotipo B3 (Sequence ID 8532) que fue reportado previamente por los Estados Unidos en casos de sarampión presentados en el estado de Oregon (5).

Anteriormente en Argentina, en enero del 2024, se confirmó un caso en un niño de 19 meses sin antecedente de vacunación en la provincia de Salta, detectando el genotipo D8 linaje MVs/Patán.IND/16.19. No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios (5). En febrero del 2024, se registraron dos casos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un niño de 6 años (caso importado) y su hermano de 13 meses (relacionado a la importación). Los niños eran residentes de Barcelona, en España, y se encontraban de viaje en Argentina cuando fueron detectados. No estaban vacunados contra el sarampión. El genotipo detectado fue B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23 (5).

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, se confirmaron tres casos de sarampión. El 29 de febrero del 2024, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, confirmó un caso de sarampión residente de la ciudad de Bermejo, Tarija, Bolivia. Se trató de una niña de 7 años que presentó fiebre el 13 de febrero e inició de exantema el 15 de febrero. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) donde se confirmó la infección mediante IgM positiva para sarampión. El caso tenía como antecedente de viaje reciente un desplazamiento al interior del país a la ciudad de El Alto en el departamento de la Paz. La niña presentó evolución clínica favorable. Hasta el 15 de octubre del 2024 no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios (11).

Adicionalmente, el 3 de julio del 2024 el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Bolivia notificó un caso de sarampión, siendo el segundo caso notificado en el 2024. Se trató de un masculino de 2 años residente del departamento de Oruro, con fecha de inicio de síntomas el 20 de junio. La fecha de reporte de laboratorio fue el 1 de julio del 2024 (resultado positivo IgM) en el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud. El paciente presentó como antecedente y lugar probable de exposición un viaje realizado al departamento de La Paz al municipio de Colquiri (12). El tercer caso de sarampión confirmado en Bolivia fue reportado el 8 de agosto del 2024, por el Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia. Se trató de un caso importado en una persona de 42 años que residía en los Estados Unidos, de origen ruso, que fue atendida en un Centro de Salud de la Comunidad Residente, en el municipio de San Pedro, en la colonia rusa Piraí, departamento de Santa Cruz. El caso refirió contacto reciente con un caso de sarampión en el estado de Oregon, en los Estados Unidos (13, 14). Hasta la SE 40 del 2024, Bolivia no ha reportado nuevos casos de sarampión relacionados con esta importación, ni otros casos adicionales (14).

En **Brasil**, entre la SE 1 e la SE 39 del 2024, se confirmaron dos casos de sarampión. El primer caso confirmado fue en el estado de Rio Grande do Sul y el segundo en el estado de Minas Gerais. El caso en Rio Grande do Sul correspondió a un niño de 5 años, sin antecedentes de vacunación, procedente de Pakistán, que ingresó al país el 26 de diciembre de 2023 por el aeropuerto de Guarulhos/São Paulo. Tuvo conexión el mismo día en el aeropuerto de Porto

Alegre/Rio Grande do Sul. El 27 de diciembre del 2023 viajó por autobús de Porto Alegre a Rio Grande, iniciando su cuadro clínico con síntomas inespecíficos de sarampión, y debido al empeoramiento, solicitó asistencia en la Unidad de Cuidados de Urgencia el 2 de enero del 2024, donde permaneció aislado. El 4 de enero comenzó un sarpullido y se identificaron manchas de Koplik, características de un caso de sarampión. El caso fue confirmado mediante pruebas serológicas realizadas en el Laboratorio Central de Salud Pública de Rio Grande do Sul (LACEN) y pruebas de biología molecular (rRT-PCR y secuenciación) realizadas en el Laboratorio de Referencia de Fiocruz, en Río de Janeiro, que confirmaron sarampión, genotipo B3. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios de la enfermedad (15, 16).

Respecto al segundo caso confirmado, el 4 de agosto, el Ministerio de Salud de Brasil recibió información sobre un caso sospechoso de sarampión en el estado de Minas Gerais. El caso correspondió a un joven de 17 años, vacunado, procedente de Inglaterra, que ingresó a Brasil el 31 de agosto del 2024 por el aeropuerto de Guarulhos/São Paulo. El mismo día tomó un taxi para Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais, iniciando cuadro clínico con tos productiva, fiebre, dolor corporal y cefalea. La fecha de la primera consulta fue el 3 de agosto. El 4 de agosto presentó sarpullido. El caso fue confirmado por laboratorio mediante rRT-PCR y la secuenciación fue realizada en el Laboratorio de Referencia de Fiocruz, en Río de Janeiro, confirmando sarampión genotipo D8 y linaje Victória. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios de la enfermedad. En Brasil, el último caso endémico de sarampión se registró en junio del 2022 (16).

En **Canadá**, se notificaron 80 casos de sarampión confirmados por laboratorio más dos casos por nexo epidemiológico, que fueron reportados entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, incluido un caso fatal. De los casos confirmados, 30 fueron importados, 45 relacionados con importación y 7 de origen desconocido. El 65% de los casos se notificaron en la provincia de Quebec (n= 53), seguida por el 30% en la provincia de Ontario (n= 25). El 62% de los casos son mayores de 18 años, seguido del 28% de los casos en el grupo de menores de cinco años. El caso fatal reportado fue un niño menor de cinco años, sin antecedentes de vacunación, residente en la provincia de Ontario. Los genotipos B3 y D8 fueron identificados en 53 y 18 de los casos confirmados, respectivamente (17, 18).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 42 del 2024, se identificaron 269 casos confirmados de sarampión en 32 jurisdicciones, incluidas la ciudad de Nueva York, el Distrito de Columbia y los estados de Arizona, California, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia y Wisconsin (6). Se han notificado un total de 15 brotes², el más grande en un albergue para migrantes en Chicago en el estado de Illinois (19). En general, el 71 % de los casos notificados (n= 191) se encuentran asociados a estos 15 brotes. El inicio de la erupción del último caso confirmado en los Estados Unidos es el 13 de octubre. El 41% de los casos se registra en el grupo de menos de cinco años (n= 111), seguido por el grupo de 5 a 19 años y más con el 31% de los casos (n= 83). Con relación al antecedente de vacunación en los casos confirmados, el 66% no estaban vacunados, en el 22% se desconoce el historial de vacunación, el 7% ha recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y el 4% ha recibido dos dosis de

² Definición de brote de sarampión utilizada por Estados Unidos: tres o más casos relacionados (6)

SRP. El 40% de los casos fueron hospitalizados (n= 108) para aislamiento o manejo de complicaciones. El aislamiento en el hospital fue necesario durante el brote de Chicago, Illinois, debido a la falta de instalaciones de aislamiento, lo que contribuyó a un aumento de la tasa típica de hospitalización anual por sarampión del 20%. De los 211 casos en los Estados Unidos no asociados con el brote de Chicago, Illinois, el 29% (n= 61) fueron hospitalizados. Se identificó el genotipo B3 del virus del sarampión en 54 casos (20%) y el genotipo D8 del virus del sarampión en 152 casos confirmados (78%) (6, 20).

En **México**, entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, se han confirmado siete casos de sarampión. El primer caso notificado en 2024 corresponde a un niño de 4 años, quien llegó el 14 de marzo del 2024 a la Ciudad de México proveniente de Londres, Inglaterra, con inicio de exantema en la misma fecha durante el vuelo. El caso fue detectado por la autoridad sanitaria del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México y fue confirmado el 15 de marzo, por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico (InDRE). Relacionado a este caso se identificaron el segundo, tercero, cuarto y quinto caso, representando cuatro casos adicionales: tres adultos y un niño de 6 meses de edad quienes estuvieron en contacto con el caso índice durante el vuelo y en el aeropuerto en México. Para estos casos, los estudios de secuenciación y genotipificación identificaron el genotipo D8 con linaje MVs/Patan.IND/16.19. El sexto caso corresponde a un niño de 11 años, residente de la Ciudad de México, quien presentó inicio de síntomas el 10 de abril del 2024, sin antecedente vacunal y sin antecedente de viaje fuera de la zona de residencia. En la investigación epidemiológica se concluyó que era un caso secundario al cuarto caso, con fuente de infección asociado a importación (21).

El 20 de mayo se identificó por los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato, México, un caso probable de sarampión en un hombre de 18 años, de nacionalidad turca, con antecedente de viaje a Guatemala y el Salvador. Se confirma como sarampión por laboratorio el 23 de mayo. Los estudios de secuenciación y genotipificación determinaron el genotipo D8 con linaje MVs/Bern.CHE/17.24/2. El seguimiento del paciente se dio únicamente por vía telefónica, sin poder establecer la residencia exacta dentro de México. A través del Instituto Nacional de Migración, se confirmó que el paciente se trasladó a los Estados Unidos el día 25 de mayo del 2024 (21).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, se confirmaron dos casos de sarampión. El primer caso se trata de un hombre de 21 años, residente del distrito de Surco, Lima, Perú, sin evidencia de vacunación contra el sarampión, con historial de viaje a varios países de Europa, con inicio de síntomas el 2 de enero del 2024; tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR en el Laboratorio de Referencia Nacional el 27 de enero. El segundo caso confirmado en Perú en 2024 correspondió a una niña de 10 meses quien no presentó antecedente de vacunación por la edad, ni antecedente de viaje, era residente del distrito de Surco, Lima, Perú, presentó síntomas el 4 de febrero e inicio de erupción cutánea el 7 de febrero. El caso tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR el 14 de febrero en el Laboratorio de Referencia Nacional de Perú (22).

En las Islas **Turcas y Caicos**, durante la SE 20 del 2024 se notificaron dos casos de sarampión que fueron confirmados por el laboratorio de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA por sus siglas en inglés). Estos casos son los primeros casos de sarampión reportados en las Islas Turcas y Caicos desde 1991. El primer caso corresponde a un niño de 6 años, residente de la isla de Providenciales, sin historial de vacunación contra el sarampión, sin

antecedente de viaje, y que presentó inicio de síntomas el 29 de abril del 2024. El segundo caso corresponde a un hombre de 21 años, sin antecedente de vacunación ni antecedente de viaje, residente en la isla de Providenciales, que inicio de síntomas el 18 de abril del 2024. Estos dos casos se encuentran relacionados por nexo epidemiológico y al 15 de octubre del 2024 no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios (23).

Orientaciones a los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros continuar con los esfuerzos para fortalecer la vigilancia, respuesta rápida y alcanzar coberturas adecuadas de vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis dado que éstas constituyen las tres grandes estrategias para interrumpir la transmisión endémica de estos virus.

Son varios los factores de riesgo que podría favorecer la dispersión del virus del sarampión o la rubeola a partir de un caso importado, entre ellos se citan: 1) la baja cobertura de la primera y segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1 y SRP2) en la mayoría de los países y territorios de la región; 2) las brechas en el desempeño de los indicadores de la vigilancia integrada del sarampión/rubéola (24); 3) la circulación activa del virus en varios países de otras regiones del mundo; 4) el aumento importante del movimiento de personas dentro de la Región de las Américas y desde otras regiones del mundo; y 5) el incremento de casos de dengue en la Región que podría enmascarar potenciales casos de sarampión o rubéola, debido a la similitud de las manifestaciones clínicas de estas enfermedades.

Tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y el contexto regional actual a continuación se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta (25, 26):

Vacunación

- a) Con base a los resultados del análisis de riesgo de sarampión y rubeola, implementar actividades de intensificación de vacunación para cerrar las brechas de cobertura prioritariamente en los municipios de alto riesgo, principalmente en aquellos que son considerados sitios turísticos o a través de los cuales se registra un alto tránsito de personas, o con comunidades renuentes a la vacunación.
- b) Considerar la posibilidad de ofrecer a los viajeros o personas en tránsito por el país, las dosis de vacuna faltante según la edad de la persona y el esquema vacunal apropiado, ya sea a través de brigadas médicas o de puestos de vacunación fijos.
- c) Realizar esfuerzos adicionales para brindar cobertura de vacunación a las poblaciones renuentes, incluyendo actividades de sensibilización a autoridades locales, líderes comunitarios y religiosos, u otros actores sociales y sectores gubernamentales, como Educación, que sean socios estratégicos. Asimismo, realizar actividades complementarias de vacunación en las poblaciones de acogida o comunidades aledañas a las poblaciones renuentes para cerrar posibles brechas de inmunidad poblacional.

Vigilancia

- a) Fortalecer la vigilancia epidemiológica en las zonas consideradas de alto riesgo, áreas de frontera y con silencio epidemiológico mediante la implementación de búsquedas activas en servicios de salud y en la comunidad
- b) Implementar la búsqueda activa por laboratorio en las muestras de suero obtenidas para la vigilancia de dengue o de enfermedades arbovirales para detectar casos de sarampión y rubéola que pudieran haber pasado desapercibidos. Se alienta a seguir las orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas (27).
- c) Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina (27) en todo caso sospechoso de sarampión o rubeola, para realzar el análisis correspondiente tanto para la confirmación por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares de RT-PCR en tiempo real como para la secuenciación genómica a fin de documentar el genotipo asociado con la infección. Si el laboratorio no cuenta con la capacidad para realizar el diagnóstico para sarampión y rubeola, se recomienda remitir las muestras al laboratorio de referencia correspondiente a fin de que se realicen las pruebas que permitan confirmar o descartar el caso, en el tiempo apropiado y acorde con lo definido en el sistema de vigilancia. Se alienta a que los Estados Miembros garanticen el adecuado almacenamiento, conservación y transporte de las muestras siguiendo las recomendaciones internacionales para el transporte de sustancias infecciosas (28).

Respuesta rápida

- a) Revisar y ajustar -de ser necesario- los planes operativos de preparación y de respuesta rápida; y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud principalmente en las áreas de riesgo mencionadas en el apartado **Vacunación**.
- b) Iniciar una respuesta oportuna ante casos importados de sarampión o rubeola, incluida la activación de los equipos capacitados de respuesta rápida y la implementación de los protocolos nacionales de respuesta rápida (29, 30).
- c) Establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, principalmente en situación de brote, manteniendo un adecuado flujo de referencia de pacientes en 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.

Eventos masivos y viajeros internacionales

A continuación, se propone una serie de orientaciones que las autoridades de salud pueden implementar en el contexto de eventos masivos y viajeros internacionales.

- **En relación con los viajeros**

Antes del viaje

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad³ y más que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que

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.

reciba una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral - 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 sobre sarampión publicada por la OPS/OMS el 27 de octubre del 2017 (31).

Se recomienda que las autoridades de salud informen al viajero antes de su salida, sobre los signos y síntomas del sarampión, los cuales incluyen:

- Fiebre,
- Exantema,
- Tos, coriza (secreción nasal) o conjuntivitis (ojos rojos),
- Dolor en las articulaciones,
- Linfadenopatía (ganglios inflamados).

Durante el viaje

Recomendar a los viajeros que si durante su viaje presentan síntomas que los haga sospechar que contrajeron sarampión o rubéola, que realicen lo siguiente:

- Buscar atención inmediatamente de un profesional de salud.
- Evitar el contacto cercano con otras personas por siete días a partir del comienzo del exantema.
- Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud.
- Evitar viajar y visitar lugares públicos.

A su regreso

- Si los viajeros sospechan que al regresar contrajeron sarampión o rubéola, deben contactar con su servicio de salud.
- Si el viajero presenta alguno de los síntomas anteriormente mencionados, se recomienda informar al médico sobre su viaje.

• **Respecto a médicos y otros profesionales de salud**

La OPS/OMS recomienda:

- Promover la práctica de solicitar pruebas de inmunidad/vacunación contra el sarampión y la rubéola en el sector de atención de salud (personal médico, administrativo y de seguridad).
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud del sector privado sobre la necesidad de notificación inmediata de todo caso de sarampión o rubéola, para garantizar una respuesta oportuna de las autoridades nacionales de salud pública según las normas del sistema nacional de vigilancia y respuesta.
- Continuar recordando al personal de salud sobre la necesidad de indagar respecto a la historia de viaje de los pacientes.

- **Identificación y seguimiento de contacto de los casos confirmados de sarampión**
 - Realizar las actividades de identificación y seguimiento de los contactos identificados y presentes en el **territorio nacional**, de acuerdo con las guías y directrices del país.
 - Tener en cuenta las **implicaciones internacionales** que se puedan presentar en el **seguimiento de contactos**, y considerar los siguientes escenarios y aspectos operativos, en el desarrollo de estas actividades:
 - a. Cuando un caso es identificado por las autoridades nacionales de otro Estado Miembro y se solicita a las autoridades nacionales localizar el/los contactos cuyo lugar de residencia más probable es su país. Se insta a las autoridades nacionales para que utilicen todos los mecanismos de coordinación disponibles a fin de localizar a estas personas. La información disponible para esta acción podría ser limitada y los esfuerzos deben ser racionales y en base a los recursos existentes. Se deberá alertar a los servicios de salud ante la posibilidad de existencia de dichos contactos, con el fin de que estén atentos y puedan detectar casos sospechosos.
 - b. Cuando un caso es identificado a nivel local y dependiendo del momento en que ocurre la detección en la historia natural de la enfermedad, este puede requerir:
 - *Caso actual*: las autoridades nacionales deben obtener información sobre la posible ubicación de los contactos en el extranjero e informar en consecuencia a las autoridades nacionales correspondientes del país en donde se presume se encuentra el contacto.
 - *Caso identificado retrospectivamente*: de acuerdo con la historia de viaje del caso, las autoridades nacionales deberán informar a las autoridades nacionales correspondientes ya que esta situación podría constituir la primera señal de circulación del virus, o de un brote, en el otro país /países que se trate.
 - c. Realizar búsquedas activas institucionales y comunitarias con el fin de detectar rápidamente los casos entre aquellos contactos que no han sido identificados en la investigación del brote, siguiendo la ruta de desplazamiento del (los) caso(s).

Observaciones operacionales

- Si no hay involucramiento de medios de transporte internacionales (por ejemplo, aviones, cruceros, trenes) en los posibles escenarios de exposición a un caso/s, las autoridades nacionales deben comunicarse con su contraparte/s de los otros países a través del Centro Nacional del Enlace (CNE) para el RSI correspondiente o por medio de otros mecanismos bilaterales y multilaterales programáticos existentes, con copia al Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI. De considerarlo necesario, las autoridades nacionales podrán solicitar el apoyo del Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI en las Américas a fin de facilitar las comunicaciones relacionadas a la búsqueda internacional de contactos.
- Si los medios de transporte internacionales (por ejemplo, aviones, cruceros, trenes) están involucrados como posible escenario en la exposición a un caso/s, las autoridades nacionales de sanidad portuaria o el que haga sus veces deberán activar los mecanismos existentes para obtener la información pertinente de las empresas (por ejemplo, las aerolíneas) a fin de localizar los viajeros, o establecer

dichos mecanismos en caso de estar ausentes. Para la posterior comunicación entre las autoridades nacionales véase el punto anterior.

Canales para la difusión de las orientaciones

La OPS/OMS recomienda a las autoridades nacionales que consideren la difusión de las orientaciones de este documento mediante:

- Campañas de sensibilización pública para promover y mejorar la salud de los viajeros antes y después de su viaje a fin de que adquieran comportamientos responsables en relación con la vacunación contra el sarampión, y conozcan los signos y síntomas de sarampión. Para esta actividad se recomienda tener también en cuenta a los servicios de atención médica o clínicas para viajeros, aeropuertos, puertos, estaciones de trenes y autobuses, las líneas aéreas que operan en el país, entre otros.
- Las agencias de viajes, las entidades relacionadas con el turismo y los cuerpos diplomáticos también deben conocer y divulgar las recomendaciones necesarias que un viajero debe tener en cuenta antes del viaje.
- Comunicación a médicos y otros trabajadores de salud de los contenidos de las guías nacionales de vigilancia existentes, así como difusión oportuna de cualquier nuevo protocolo que el país desarrolle en relación con los viajeros.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 15 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>
2. Organización Mundial de la Salud. Measles and Rubella. Global Update. October 2024 (Power Point). Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 15 de octubre del 2024]. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/docs/librariesprovider21/measles-and-rubella/global-mr-update.pptx?sfvrsn=3547ebab_9
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín biSemanal de Sarampión-Rubéola (39-40)- 11 de octubre del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-bisemanal-sarampion-rubeola-39-40-5-octubre-2024>
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito.
5. Ministerio de Salud de la República Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional. Semana epidemiológica 40. Buenos Aires: MSAL; 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_725_se_40_vf.pdf
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2024 [consultado el 15 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>
7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 29 de enero del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-29-enero-2024>
8. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 3 de junio del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-3-junio-2024>
9. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/>
10. Ministerio de Salud de la República Argentina. Alerta epidemiológica. Casos confirmados de sarampión en la provincia de Río Negro. Buenos Aires: MSAL; 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_rn_8102024.pdf

11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 23 de mayo del 2024 mediante correo electrónico. La Paz; 2024. Inédito.
12. Ministerio de Salud y Deporte del Estado Plurinacional de Bolivia. Salud recomienda a la población vacunarse contra el sarampión ante la aparición del primer caso en el país. La Paz: Minsalud; 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/8024-salud-recomienda-a-la-poblacion-vacunarse-contr-el-sarampion-ante-la-aparicion-del-primer-caso-en-el-pais>
13. Ministerio de Salud y Deporte del Estado Plurinacional de Bolivia. Salud reporta caso de sarampión importado en el departamento de Santa Cruz e instruye intensificar la vacunación en todo el país. La Paz: Minsalud; 2024 [consultado el 15 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/8257-salud-reporta-caso-de-sarampion-importado-en-el-departamento-de-santa-cruz-e-instruye-intensificar-la-vacunacion-en-todo-el-pais>
14. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 17 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. La Paz; 2024. Inédito.
15. Secretaria de Saúde do Governo do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul confirma caso importado de sarampo e reforça recomendação de vacina. 26 de enero del 2024. Porto Alegre: SESRS; 2024. Disponible en: <https://saude.rs.gov.br/rio-grande-do-sul-confirma-caso-importado-de-sarampo-e-reforca-recomendacao-de-vacina>.
16. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 16 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Brasília; 2024. Inédito.
17. Public Health Agency of Canada. Measles & Rubella Weekly Monitoring Report – Week 40: September 29 to October 5, 2024. Ontario: PHAC; 2024. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/measles-rubella-surveillance/2024/week-40.html>
18. Programa canadiense de vacunación. Comunicación recibida el 22 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Ontario; 2024. Inédito.
19. Gressick K, Nham A, Filardo TD, et al. Measles Outbreak Associated with a Migrant Shelter — Chicago, Illinois, February–May 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024;73:424–429. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7319a1>
20. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Comunicación recibida el 18 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Atlanta; 2024. Inédito.
21. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 17 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2024. Inédito.

22. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Comunicación recibida el 16 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Lima; 2024. Inédito.
23. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Reino Unido. Comunicación recibida el 29 de mayo del 2024 mediante correo electrónico. Londres; 2024. Inédito.
24. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín semanal. Sarampión-Rubéola-Síndrome de rubéola congénita. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [consultado el 28 de mayo del 2024]. Disponible en: [https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola?topic=All&d\[min\]=&d\[max\]=&page=1](https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola?topic=All&d[min]=&d[max]=&page=1)
25. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Recopilación de recomendaciones del GTA para enfermedades prevenibles por vacunación. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/grupo-tecnico-asesor-sobre-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion#collapse2>
26. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Marco regional para el seguimiento y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56039>
27. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>
28. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas 2019–2020. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-sobre-reglamentacion-relativa-al-transporte-sustancias-infecciosas-2019-2020>
29. Organización Panamericana de la Salud. Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/brote-de-sarampion-en-la-era-post-eliminacion-estudio-de-caso-2022>
30. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola>
31. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión, 27 de octubre del 2017, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/27-octubre-2017-sarampion-actualizacion-epidemiologica-0>