

Sarampión

16/11/2020

Actualización: 04/03/2019

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) &

La enfermedad

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa y grave causada por un virus. Antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión en 1963 y de la vacunación generalizada, se producían epidemias importantes aproximadamente cada 2-3 años y el sarampión causaba aproximadamente 2,6 millones de muertes cada año.

La enfermedad sigue siendo una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños en todo el mundo, a pesar de la disponibilidad de una vacuna segura y efectiva. Aproximadamente 89 780 personas murieron de sarampión en 2016, en su mayoría niños menores de 5 años.

El sarampión es causado por un virus en la familia de *paramixovirus* y normalmente se transmite por contacto directo y por aire. El virus infecta el tracto respiratorio y luego se disemina por todo el cuerpo. El sarampión es una enfermedad humana y no se conoce que ocurra en animales.

Las actividades aceleradas de inmunización han tenido un gran impacto en la reducción de las muertes por sarampión. Durante 2000-2016, la vacunación contra el sarampión evitó un estimado de 20,4 millones de muertes. Las muertes mundiales por sarampión han disminuido en un 84% de un estimado de 550 100 en 2000 * a 89 780 en 2016.

Signos y síntomas

El primer signo de sarampión por lo general es una fiebre alta, que comienza entre 10 y 12 días después de la exposición al virus y dura de 4 a 7 días. En la etapa inicial pueden desarrollarse una secreción nasal, tos, ojos rojos y llorosos, y pequeñas manchas blancas dentro de las mejillas. Después de varios días, aparece una erupción, generalmente en la cara y la parte superior del cuello.

Durante aproximadamente 3 días, la erupción se extiende, llegando eventualmente a las manos y los pies. La erupción dura de 5 a 6 días y luego se desvanece. En promedio, la erupción ocurre 14 días después de la exposición al virus (dentro de un rango de 7 a 18 días).

La mayoría de las muertes relacionadas con el sarampión son causadas por complicaciones asociadas con la enfermedad. Las complicaciones graves son más comunes en niños menores de 5 años o adultos mayores de 30 años. Las complicaciones más graves incluyen ceguera, encefalitis (una infección que causa inflamación cerebral), diarrea grave y deshidratación relacionada, infecciones de oído o enfermedades respiratorias graves, como la neumonía. El sarampión grave es más probable entre los niños pequeños mal alimentados, especialmente aquellos con una cantidad insuficiente de vitamina A, o cuyo sistema inmunológico se ha debilitado por el VIH / SIDA u otras enfermedades.

En poblaciones con altos niveles de desnutrición, particularmente deficiencia de vitamina A, y una falta de atención médica adecuada, alrededor del 3-6% de los casos de sarampión ocasionan la muerte, y en los grupos desplazados, hasta el 30% de los casos resultan en la muerte. Las mujeres infectadas durante el embarazo también corren el riesgo de complicaciones graves y el embarazo puede terminar en aborto espontáneo o parto prematuro. Las personas que se recuperan del sarampión son inmunes por el resto de sus vidas.

¿Quién está en riesgo?

Los niños pequeños no vacunados corren el mayor riesgo de sarampión y sus complicaciones, incluida la muerte. Las mujeres embarazadas no vacunadas también están en riesgo. Cualquier persona no inmune (que no haya sido vacunada o que no haya sido inmunizada) puede infectarse.

El sarampión es aún común en muchos países en desarrollo, particularmente en partes de África y Asia. La abrumadora mayoría (más del 95%) de las muertes por sarampión ocurren en países con bajos ingresos per cápita y débiles infraestructuras de salud.

Los brotes de sarampión pueden ser particularmente mortales en los países que experimentan o se están recuperando de un desastre o conflicto natural. El daño a la infraestructura de salud y los servicios de salud interrumpen la inmunización de rutina, y la sobrepoblación en los campamentos residenciales aumenta en

gran medida el riesgo de infección.

Transmisión

El virus altamente contagioso se transmite al toser y estornudar, al contacto personal cercano o al contacto directo con secreciones nasales o de la garganta infectadas.

El virus permanece activo y contagioso en el aire o en superficies infectadas durante hasta 2 horas. Puede ser transmitida por una persona infectada desde 4 días antes del inicio de la erupción hasta 4 días después de que la erupción erupciona.

Los brotes de sarampión pueden provocar epidemias que causan muchas muertes, especialmente entre los niños pequeños desnutridos. En los países donde el sarampión ha sido eliminado en gran medida, los casos importados de otros países siguen siendo una importante fuente de infección.

Tratamiento

No existe un tratamiento antiviral específico para el virus del sarampión.

Las complicaciones graves del sarampión pueden evitarse mediante la atención de apoyo que garantiza una buena nutrición, una ingesta adecuada de líquidos y el tratamiento de la deshidratación con la solución de rehidratación oral recomendada por la OMS. Esta solución reemplaza los líquidos y otros elementos esenciales que se pierden a través de la diarrea o los vómitos. Se deben recetar antibióticos para tratar las infecciones de ojos y oídos y la neumonía.

Todos los niños diagnosticados con sarampión deben recibir dos dosis de suplementos de vitamina A, con 24 horas de diferencia. Este tratamiento restablece los niveles bajos de vitamina A durante el sarampión, incluso en niños bien nutridos, y puede ayudar a prevenir el daño ocular y la ceguera. Se ha demostrado que los suplementos de vitamina A reducen el número de muertes por sarampión en un 50%.

Prevención

La vacunación sistemática contra el sarampión en niños, combinada con campañas de inmunización masivas en países con altas tasas de casos y mortalidad, son estrategias clave de salud pública para reducir las muertes mundiales por sarampión. La vacuna contra el sarampión ha estado en uso por más de 50 años. Es seguro, efectivo y de bajo costo. Cuesta aproximadamente un dólar estadounidense para inmunizar a un niño contra el sarampión.

La vacuna contra el sarampión a menudo se incorpora con vacunas contra la rubéola y / o las paperas. Es igualmente eficaz en la forma única o combinada. Agregar la rubéola a la vacuna contra el sarampión aumenta el costo solo levemente, y permite costos compartidos de administración y entrega.

En 2016, alrededor del 85% de los niños del mundo recibió 1 dosis de la vacuna contra el sarampión en su primer cumpleaños a través de servicios de salud de rutina, frente al 72% en 2000. Se recomiendan dos dosis de la vacuna para garantizar la inmunidad y prevenir brotes, como 15% de niños vacunados no desarrollan inmunidad desde la primera dosis.

HISTORIA

La región de las Américas fue la primera considerada libre del sarampión el 27 de septiembre de 2016. Las otras cinco regiones del mundo tienen como meta alcanzar la eliminación del sarampión hasta 2020. Brasil recibió la certificación de la eliminación de la rubéola el 5 de diciembre de 2015 , después de cinco años sin casos registrados.

El término "eliminación" se define como la ausencia de la circulación endémica del virus del sarampión (o de la rubéola) en una zona geográfica determinada durante un período igual o superior a 12 meses, que se acompaña de un sistema de vigilancia universal, cualificado e integralizado.

En 2017, se constató una intensa circulación del virus del sarampión con amplios brotes de la enfermedad en diferentes países europeos, lo que llevó a la Organización Panamericana de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS), y el Ministerio de Salud recomendar a los países del continente americano el fortalecimiento de las medidas de vigilancia para una rápida detección de cualquier introducción del virus en las Américas, así como las medidas de

prevención y control adecuadas y oportunas.

El sarampión sigue siendo endémico en muchas regiones del mundo, incluyendo Europa, Oriente Medio, Asia, los países del Pacífico y África.

Región de las Américas

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 9 de 2019, diez países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados entre diciembre de 2018 y febrero de 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Estados Unidos de América y la República Bolivariana de Venezuela. No se han reportado casos fatales en 2019.

En 2018, había 12 países¹ en la Región de las Américas que reportaron casos confirmados de sarampión, y solo dos de estos países reportaron casos fatales: Brasil y Venezuela. A continuación se presenta una actualización de la situación epidemiológica en los países que notificaron casos confirmados en 2019.

Argentina reportó un caso confirmado de sarampión importado en un hombre de 35 años residente en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, sin historial de vacunación conocido. El 17 de febrero se inició de forma precipitada después de haber regresado a Argentina el 5 de febrero de un viaje de negocios a Hong Kong, Región Administrativa Especial (SAR) de la República Popular China. Las pruebas de laboratorio realizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia para muestras de orina y frotis nasofaríngeos dieron positivo para el sarampión mediante la técnica qRT-PCR. Genotipado del genotipo identificado B3. Los datos de secuencia se han comparado con los disponibles en la base de datos de MeaNS; sin embargo, no se encontró una secuencia similar, lo que sugiere que la cepa está circulando recientemente. Las medidas implementadas por las autoridades nacionales en la detección de casos incluyen el rastreo de contactos y las medidas de control (administración de vacuna o gamma globulina). Actualmente, el seguimiento de los contactos continúa.

Las **Bahamas** reportaron un caso confirmado de sarampión importado. El caso es un niño de 4 años sin antecedentes de vacunación que visitaba desde Francia y llegó a las Bahamas el 10 de febrero de 2019 mientras se dirigía a una isla de propiedad privada. El inicio de la erupción fue el 18 de febrero de 2019, y el mismo día, el niño buscó atención médica con sus padres. El 21 de febrero de 2019, las muestras de suero analizadas en un laboratorio internacional fueron IgM positivas para el sarampión.

En **Brasil**, entre la SE 6 de 2018 y la SE 9 de 2019, se reportaron 10,334 casos confirmados, incluyendo 12 muertes. Desde la actualización epidemiológica de la OPS / OMS sobre el sarampión del 18 de enero de 2019, se notificaron 60 casos adicionales confirmados.

Hay 11 unidades federales que han reportado casos confirmados de sarampión: Amazonas (9,804 casos, 6 muertes), Bahía (3 casos), el Distrito Federal (1 caso), Pará (87 casos, 2 muertes), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos, 4 muertes), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos). Para todas las unidades federales que reportan casos, con la excepción de un caso en Rio Grande do Sul y uno en São Paulo, se identificó el genotipo D8 del linaje MVi / HuluLangat.MYS / 26.11, similar al que circula en Venezuela y otros países del país. Región.

Los casos confirmados más recientes importados de Venezuela tuvieron un inicio precipitado en la SE 7 de 2019 y se notificaron en el estado de Pará.

El siguiente es un breve resumen de la situación epidemiológica en los estados de Amazonas y Roraima. En el estado de Amazonas, entre el 6 de febrero de 2018 y el 26 de febrero de 2019, se reportaron 11,422 casos sospechosos, incluidas 6 muertes. Del total de casos sospechosos, 9,804 fueron confirmados, 1,607 fueron descartados y 11 permanecen bajo investigación. El caso confirmado más reciente tuvo un inicio de erupción el 31 de enero de 2019 (SE 5) y el caso más reciente bajo investigación tuvo un inicio de erupción el 17 de febrero de 2019 (SE 8) en Manaus. De los casos confirmados, 55.6% (5.451) son hombres.

De los 62 municipios en el estado de Amazonas, 46 han reportado casos confirmados. El municipio de Manaus representa el 78,7% (8,985) de los casos sospechosos y el 82% (8,055) de los casos confirmados reportados en el estado. La tasa de incidencia acumulada para el estado es de 273.0 casos por 100,000 habitantes, y los municipios con la tasa de incidencia más alta son: Manacapuru

(994.2 casos por 100,000 habitantes), seguido de Juruá (458.6 casos por 100,000 habitantes) y Manaus (378.1 casos por 100.000 habitantes). Desde la SE 30 de 2018, se ha observado una tendencia decreciente en la curva epidemiológica de casos en el estado.

La tasa de incidencia más alta para los casos confirmados por grupo de edad se encuentra entre los niños menores de 1 año (2,190.5 casos por 100,000 habitantes), seguidos por los de 15 a 19 años (552.1 casos por 100,000 habitantes), de 20 a 29 años de edad (358.6 casos por 100,000 habitantes), de 1 a 4 años (354.1 casos por 100,000 habitantes), de 30 a 39 años (188.8 casos por 100,000 habitantes) y de 40 a 49 años (117.4 casos por 100,000 población).

En el estado de Roraima, entre el 4 de febrero de 2018 y el 22 de febrero de 2019, se reportaron 596 casos sospechosos, incluidas 4 muertes. Del total de casos sospechosos, 361 fueron confirmados, 223 fueron descartados y 12 siguen bajo investigación. El caso confirmado más reciente tuvo un inicio de erupción el 3 de diciembre de 2018 (SE 49) y el caso más reciente bajo investigación tuvo un inicio de erupción el 17 de febrero de 2019 (SE 8).

De los casos confirmados, 54.2% (195) son hombres, 61% (219) son venezolanos, 38% (139) son brasileños y 1% (3 casos) corresponden a personas de otros países. De los casos confirmados, el 41% son indígenas (127 de Venezuela y 18 de Brasil).

De los 15 municipios en el estado de Roraima, 13 han reportado casos sospechosos. Los municipios de Amajari, Boa Vista y Pacaraima representan el 90% (536) de los casos sospechosos y el 89% (323) de los casos confirmados notificados en Roraima. La tasa de incidencia en Roraima es de 48.2 casos por 100,000 habitantes, y los municipios con las tasas de incidencia más altas son: Pacaraima (314.5 casos por 100,000 habitantes), Amajari (72.6 casos por 100,000 habitantes), Cantá (61.6 casos por 100,000 habitantes), Rorainópolis (50.8 casos por 100,000 habitantes), y Boa Vista (48.5 casos por 100,000 habitantes).

A partir de la SE 15 de 2018, hubo una disminución en el número de casos sospechosos y confirmados, y entre la SE 32 y la SE 35 de 2018 se informó un aumento en los casos, que afectó a los municipios de Boa Vista y Amajari; otro ligero aumento se produjo en la SE 7 de 2019. La tasa de incidencia más alta por grupo de edad se encuentra entre los niños menores de 1 año (812,1 casos por 100.000 habitantes), seguidos de los de 1 a 4 años (245,7 casos por 100.000 habitantes) , De 5 a 9 años (106,9 casos por 100.000 habitantes), de 10 a 14

años (66,6 casos por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (51,0 casos por 100.000 habitantes).

Además, el 20 de febrero de 2019, Brasil informó sobre un brote de sarampión en un crucero. Al 28 de febrero, se reportaron 32 casos sospechosos, de los cuales 18 fueron confirmados por laboratorio. Todos los casos confirmados son en tripulantes. Cuatro casos sospechosos fueron reportados en pasajeros. Antes de la llegada del crucero a Brasil el 2 de diciembre de 2018, el barco había viajado por el Mediterráneo y se espera que permanezca en Brasil hasta abril de 2019. El genotipo identificado en este brote es D8 con diferencias genómicas al virus D8. identificado en el brote en Brasil en 2018 en los estados de Amazonas, Roraima y Pará, tampoco es similar a los casos esporádicos de genotipo D8 reportados en Brasil en 2018.

En **Canadá**, a partir de la SE 6 de 2019, hubo 5 casos confirmados de sarampión. El genotipo B3 se identificó en un caso y el genotipo D8 de linaje MV / Gir Somnath.IND / 42.16 / se identificó en 2 casos. La mayoría de los casos reportados en 2019 están asociados con un brote que afecta a niños en edad escolar en Vancouver que originalmente estaba vinculado a la importación.

En **Chile**, entre la SE 45 de 2018 y la SE 8 de 2019, hubo 26 casos confirmados de sarampión, de los cuales 8 fueron importados y 18 estaban relacionados con la importación. Catorce de los casos requirieron hospitalización y no se informaron muertes. El genotipo D8 de linaje MVi / HuluLangat.MYS / 26.11, similar al que circula en otros países de la Región, fue identificado en 18 casos. Es de destacar que no se ha llevado a cabo la genotipificación en todos los casos, ya que aquellos con un vínculo epidemiológico con un caso anterior se consideran parte del mismo brote. Con respecto al caso importado más reciente, el inicio de la erupción fue el 11 de febrero de 2019. El caso es un hombre de 46 años cuyo sitio probable de infección es Miami, Florida, Estados Unidos o Dubai, Emiratos Árabes Unidos. Genotipo D8 linaje MVs / GirSomnath.IND / 42.16 fue identificado.

Del total de casos notificados, el 54% son hombres y el 57% son niños menores de 1 año. Los casos fueron reportados en las regiones Metropolitana (24 casos) y Biobío (2 casos).

En **Colombia**, entre la SE 10 de 2018 y la SE 9 de 2019, hubo 241 casos confirmados de sarampión sin muertes reportadas. La genotipificación realizada en muestras para 50 casos indicó el genotipo D8, similar al que circula en otros países de la Región.

El caso confirmado más reciente se inició de manera precipitada el 18 de febrero de 2019, y los casos confirmados reportados en las últimas cuatro semanas fueron en los departamentos de Cesar, La Guajira, Norte de Santander y Cundinamarca.

Se han reportado casos confirmados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander y Sucre, y en los distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena, y Santa Marta. Los distritos de Barranquilla y Cartagena y el departamento de Norte de Santander representan el 68% del total de casos confirmados.

La tasa de incidencia acumulada en el país es de 0.22 casos por 100,000 habitantes, y las tasas de incidencia más altas se registraron en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (5.3 casos por 100,000 habitantes), Barranquilla (2.4 casos por 100,000 habitantes) y Bolívar (1.1 casos). por 100.000 habitantes).

La tasa de incidencia más alta por grupo de edad para los casos asociados con la importación o transmisión secundaria entre colombianos se informó entre los niños menores de 1 año (6 casos por 100,000 niños menores de 1 año), seguidos de los niños de 1 a 4 años -Altos (1,74 casos por 100.000 habitantes).

Costa Rica reportó un caso confirmado de sarampión; el caso es un niño de 5 años de edad de nacionalidad francesa sin antecedentes de vacunación que llegó a Costa Rica con sus padres el 18 de febrero desde París, Francia. El inicio de la erupción fue el 20 de febrero y el caso fue confirmado por el laboratorio. Además, se realizaron pruebas de laboratorio (PCR en tiempo real para el virus del sarampión) en aspirado nasofaríngeo y muestras de orina de los padres, que fueron positivas (aunque no presentaron síntomas compatibles con el sarampión), lo que llevó a un total de 3 casos confirmados. .

México reportó un caso de sarampión importado confirmado por laboratorio. El caso es una mujer de 54 años residente en el estado de Nuevo León con antecedentes de viaje a París, Francia y a Houston, Texas, Estados Unidos. El caso no tenía antecedentes de vacunación contra el sarampión y tuvo un inicio

de erupción el 10 de febrero de 2019. El caso se confirmó mediante pruebas serológicas (detección de IgM) y pruebas moleculares (RT-PCR) realizadas por el Laboratorio Estatal de Salud Pública. Se identificó el genotipo B3. Se está dando seguimiento a setenta y un contactos, todos los cuales están asintomáticos hasta la fecha.

En los **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 21 de febrero de 2019, hubo 159 casos confirmados de sarampión en 10 estados, lo que corresponde a 6 brotes. Los estados que han reportado casos confirmados son California, Colorado, Connecticut, Georgia, Illinois, Kentucky, Nueva York, Oregon, Texas y Washington.

En 2018, se reportaron 17 brotes en los Estados Unidos; los brotes en el estado de Nueva York, la ciudad de Nueva York y Nueva Jersey reportaron el mayor número de casos. Los casos ocurrieron principalmente entre personas no vacunadas en comunidades judías ortodoxas. Estos brotes se asociaron con viajeros que importaron el sarampión de Israel, donde se está produciendo un gran brote. En 2018, se importaron 82 casos de otros países, que es el mayor número de casos importados desde que se eliminó el sarampión en los Estados Unidos en 2000.

En **Venezuela**, entre la SE 26 de 2017 y la SE 52 de 2018, se reportaron un total de 9,116 casos sospechosos (1,307 en 2017 y 7,809 en 2018), incluyendo 6,202 casos confirmados de sarampión (727 en 2017 y 5,475 en 2018) (Figura 6). Los casos en 2018 fueron confirmados por laboratorio (2,416), diagnóstico clínico (2,274) y vínculo epidemiológico (785). Se registraron 76 muertes: 2 en 2017 (en Bolívar) y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en el Distrito Capital y 1 en Bolívar). Entre el 1 de enero y el 27 de febrero de 2019, se reportaron 283 casos, de los cuales 40 fueron confirmados. El caso confirmado más reciente tuvo un inicio precipitado el 17 de febrero de 2019.

La tasa de incidencia acumulada en el país durante 2017-2019 es de 19.6 casos por cada 100,000 habitantes. Las tasas de incidencia más altas se han reportado en: Delta Amacuro (212.3 casos por 100,000 habitantes), el Distrito Capital (114.7 casos por 100,000 habitantes), Amazonas (79.9 casos por 100,000 habitantes), Bolívar (53.8 casos por 100,000 habitantes), Vargas (48,7 casos por 100.000 habitantes), y Miranda (37,9 casos por 100.000 habitantes).

Los casos confirmados informados entre la SE 44 y la SE 50 de 2018 se encontraban en los estados de Apure (4 casos), Barinas (5 casos), Bolívar (9 casos), Carabobo (10 casos), el Distrito Capital (13 casos), Cojedes (1 caso),

Delta Amacuro (1 caso), Falcón (5 casos), Lara (4 casos), Mérida (6 casos), Miranda (3 casos), Monagas (4 casos), Vargas (1 caso) y Zulia (64 casos).

Las autoridades sanitarias de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación destinadas a interrumpir la circulación del virus. Además de las campañas de vacunación, otras acciones implementadas incluyen: vigilancia intensiva del síndrome febril agudo y bloqueos de vacunación con la vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR), así como vacunación selectiva de contactos de casos sospechosos y confirmados en personas de hasta 39 años de edad.

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, en el estado de Roraima, se han notificado un total de 183 casos sospechosos entre las poblaciones indígenas, de los cuales 145 fueron confirmados. La mayoría de los casos son del Distrito de Salud Indígena Auaris que limita con Venezuela.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, hubo 508 casos confirmados de sarampión entre las poblaciones indígenas en Amazonas (153 casos, de los cuales 134 estaban en Sanema, 16 en Yanomami, 2 en Yekuana y 1 en los grupos étnicos Baniva) ; Bolívar (1 caso en el grupo étnico Pemón), el Distrito Capital (1 caso en el grupo étnico Wayú), Delta Amacuro (328 casos, todos en el grupo étnico Warao); Monagas (21 casos, de los cuales 19 fueron en Warao, 1 en Shaima y 1 en etnias Eñepa); y Zulia (4 casos en la etnia wayú). Además, se informaron 62 muertes, de las cuales 35 estaban en Delta Amacuro (todas en el grupo étnico Warao) y 27 en Amazonas (todas en el grupo étnico Sanema).

Asesoramiento a las autoridades nacionales

Dada la continuidad de los casos de sarampión importados de otras regiones y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) refuerza las recomendaciones hechas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros para:

- Vacunar para mantener una cobertura homogénea del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) en todos los municipios.
- Vacunar a las poblaciones en riesgo (sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola), como el personal de atención médica, las personas que trabajan en turismo y transporte (hoteles, aeropuertos, taxistas y

otros) y los viajeros internacionales.

- Mantener un stock de vacunas y jeringas MR y / o MMR para el control de los casos importados en cada país de la Región.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos de sarampión en establecimientos de salud públicos y privados y asegurar que los laboratorios reciban muestras dentro de los 5 días de la recolección y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un período de no más de 4 días. .

Proporcionar una respuesta rápida a los casos de sarampión importados para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, mediante la activación de equipos de respuesta rápida capacitados para este fin y mediante la implementación de protocolos nacionales de respuesta rápida cuando haya casos importados. Una vez que se haya activado un equipo de respuesta rápida, se debe garantizar la coordinación continua entre los niveles nacional y local, con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).

- Identificar los flujos migratorios (llegada de extranjeros) y los flujos internos (poblaciones desplazadas) en cada país, incluidas las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación de acuerdo con el esquema nacional.
- Implementar un plan para inmunizar a las poblaciones de migrantes en áreas fronterizas con mucho tráfico, priorizando aquellas que se consideran en riesgo, tanto migrantes como residentes locales, en estos municipios.
- Aumentar la cobertura de vacunación y fortalecer la vigilancia epidemiológica en las zonas fronterizas para aumentar la inmunidad de la población y detectar / responder rápidamente a los casos sospechosos de sarampión.
- Durante los brotes, establezca una gestión adecuada de los casos hospitalarios para evitar la transmisión nosocomial, con la derivación adecuada de los pacientes a las salas de aislamiento (para cualquier nivel de atención) y evitando el contacto con otros pacientes en las salas de espera y / o en otras habitaciones del hospital.

Además, la OPS / OMS recomienda a los Estados Miembros que aconsejen a todos los viajeros mayores de 6 meses de edad que no puedan mostrar pruebas de vacunación o inmunidad recibir la vacuna contra el sarampión y la rubéola,

preferiblemente la vacuna triple viral (MMR), al menos dos semanas antes de viajar a las áreas Donde se ha documentado la transmisión del sarampión. Las recomendaciones de la OPS / OMS en relación con el asesoramiento para viajeros están disponibles en la Actualización epidemiológica de la OPS / OMS sobre el sarampión del 27 de octubre de 2017.

RECOMENDACIONES A LOS VIAJEROS

Los viajeros, independientemente de la edad, que se dirigen a otros países situados fuera de la región de las Américas y que no comprueben vacunación previa contra el sarampión deben recibir una dosis de la vacuna.

Algunos países de Europa, África y Asia, no presentan una cobertura vacunal muy amplia contra el sarampión. En este sentido, se recomienda que profesionales del área de turismo y viajeros residentes en Brasil, que tengan como destino países pertenecientes a otros continentes distintos de las Américas, busquen un puesto de salud por lo menos quince días antes del viaje, para ser vacunados.

En el retorno reciente de viaje al exterior, el viajero debe estar atento: si presenta fiebre, manchas rojiza por el cuerpo, acompañadas de tos o coriza o conjuntivitis, hasta 30 días después de su regreso, estos pueden ser signos y síntomas del sarampión. Se recomienda que busque inmediatamente un servicio de salud, informe su itinerario de viaje, permanezca en aislamiento social y evite circular en lugares públicos.

VOCÊ SABIA QUE...

- pode pegar Sarampo?
- Sarampo é uma doença grave?
- Sarampo não é uma doença só de criança?
- Sarampo tem complicações e pode levar à morte?
- Sarampo pode ser prevenido com vacina?

Como se pega ?

O sarampo é uma doença que passa com facilidade de uma pessoa para outra, por meio da fala, tosse e do espirro.



Quais são os sintomas?

- Febre maior que 38° C.
- Mal-estar geral.
- Dor de cabeça.
- Olhos vermelhos/Conjuntivite.
- Tosse.
- Manchas vermelhas que aparecem primeiro no rosto e atrás das orelhas. Depois, elas se espalham por todo o corpo e costumam descamar.

Vacinar toda criança a partir de 1 ano de idade com a Tríplice Viral contra o Sarampo, Caxumba e Rubéola e aos 15 meses com a Tetraviral contra Sarampo, Rubéola, Caxumba e Varicela. Vacinar os adultos até 49 anos com a Tríplice Viral ou com a Dupla Viral contra Sarampo e Rubéola.

Fique atento!

Se você viajou ou teve contato com pessoas que viajaram para fora do Brasil ou para lugares com surto de Sarampo e que estão com sintomas da doença procure a Unidade de Saúde mais próxima.

Não esqueça!

Leve a sua Caderneta de Vacinação até a Unidade de Saúde mais próxima para verificar se suas vacinas estão em dia.