

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

Punto 7.6 del orden del día provisional

CE154/INF/6
7 de mayo del 2014
Original: español

B. PLAN DE ACCIÓN PARA MANTENER LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

1. En este informe se presentan a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) las evidencias que indican que se ha logrado la interrupción de la circulación endémica de los virus del sarampión y la rubéola en los países de las Américas. Asimismo, se informa sobre los progresos en la ejecución del plan de acción para mantener la eliminación en sus países y territorios.

Antecedentes

2. La 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007 aprobó la resolución CSP27.R2, en la cual se instaba a los Estados Miembros a que establecieran en cada país comisiones nacionales para documentar y verificar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). También se solicitaba la conformación de un Comité Internacional de Expertos (CIE) para documentar y verificar la eliminación regional.

3. Asimismo, para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC la 28.^a Conferencia Panamericana del 2012 aprobó la resolución CSP28.R14 para la ejecución de un plan de acción de emergencia para los próximos dos años.

Análisis de la situación

4. La eliminación del sarampión y la rubéola es la interrupción de la transmisión endémica de estos virus durante un período de por lo menos 12 meses, bajo una vigilancia de alta calidad, según la definición de eliminación adoptada por la OPS/OMS. Para verificar la eliminación de estas enfermedades, los países tenían que documentar dicha interrupción por un período de tres años como mínimo, a partir de la fecha del último caso endémico. Con la finalidad de poner en práctica el proceso de

documentación, se creó el Comité Internacional de Expertos y se establecieron 23 comisiones nacionales, una de ellas para los Departamentos Franceses de Ultramar en las Américas, además de una Comisión subregional para los países y territorios de habla inglesa y de habla holandesa del Caribe, que incluye a Suriname.

5. Las comisiones nacionales enviaron al CIE, a través de la OPS/OMS, sus informes sobre la eliminación avalados por su país. Estos informes fueron analizados cuidadosamente por el CIE. Los comentarios formulados por el CIE sobre esos informes se canalizaron a través de la OPS/OMS, para mejorarlos y enviar luego una versión final.

6. Los miembros del CIE visitaron ocho países a fin de analizar los progresos alcanzados e identificar los desafíos para mantener la eliminación. Se hizo un seguimiento especial, que exigió más de una visita y sesiones virtuales con las autoridades nacionales, en los países que presentaron brotes sostenidos de sarampión en el período 2011-2013, o que identificaron casos de rubéola esporádicos durante búsquedas retrospectivas.

7. Se organizaron no menos de cinco reuniones entre el CIE y todas las comisiones nacionales destinadas a analizar las tendencias en la epidemiología del sarampión y la rubéola, además de monitorear los progresos hacia la verificación de la eliminación. Estas reuniones también sirvieron para continuar abogando por mantener la eliminación y garantizar el compromiso político y financiero de los países.

8. Las comisiones nacionales y la comisión subregional presentaron evidencias en sus informes de eliminación, que indican la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubeola en sus países y territorios. Las pruebas, que fueron analizadas por el CIE en su quinta reunión realizada en abril del 2014, son las siguientes:

- a) Los Estados Miembros documentaron el último caso de transmisión endémica de sarampión y de rubéola en sus países y territorios. Los casos notificados posteriormente estuvieron relacionados con importaciones, según los datos epidemiológicos y los de epidemiología molecular. Los últimos casos endémicos de sarampión y rubéola en la Región ocurrieron el 16 de noviembre del 2002 y el 3 de febrero del 2009, respectivamente. El último caso endémico de SRC, fue en un niño nacido el 26 de agosto del 2009.
- b) Entre el 2003 y el 2010 se notificaron cifras históricamente bajas de casos de sarampión (asociados a la importación) en las Américas, con un promedio anual de 156 casos y un total de 1.249 casos para dicho periodo. En el 2011, se notificaron 1.369 casos de sarampión, cifra casi nueve veces superior al promedio anual reportado entre 2003-2010. En el 2012, el número de casos decreció a 143, y en 2013 se notificaron 473 casos¹. Estos picos en la notificación de casos de sarampión coinciden con brotes extensos de sarampión en Europa y África.

¹ Datos al 5 de mayo del 2014 correspondientes al 2013.

- c) Los casos de rubéola asociados con la importación han sido pocos, con un total de 68 casos notificados en siete países para el período 2009-2013, con un promedio anual de 13 casos. Para el SRC, en el 2012 se notificaron tres casos asociados a la importación en Estados Unidos.
- d) En el período 2009-2013, en promedio, la Región cumplió con cuatro de los cinco indicadores de vigilancia epidemiológica² (>80%) de manera sostenida (entre 83% y 91%). El indicador de investigación adecuada apenas pudo alcanzarse en el 2011, debido a dificultades de varios países para realizar la visita domiciliaria en las 48 horas siguientes a la notificación del caso sospechoso.
- e) Debido a la heterogeneidad entre los países y en el interior de ellos para el cumplimiento sostenido de los indicadores de vigilancia, en el período 2010-2013, 16 de 23 países con comisiones nacionales hicieron búsquedas activas institucionales y comunitarias para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola en su territorio. Los países establecieron criterios para identificar las zonas donde se llevarían a cabo las búsquedas activas, tales como municipios que no están notificando casos sospechosos, áreas de alto flujo turístico, migratorio o desplazamiento poblacional, zonas fronterizas, con bajas coberturas de vacunación, presencia de grupos étnicos en riesgo, entre otros.
- f) Para el mismo período y con la finalidad de documentar la ausencia de casos de SRC, 16 de 23 países que tienen Comisiones nacionales llevaron a cabo búsquedas retrospectivas de casos sospechosos, por medio de varias fuentes de información. Los criterios para seleccionar las instituciones donde se harían las búsquedas incluyeron el nivel de atención y los servicios prestados, así como su ubicación en zonas con debilidades en la notificación regular de casos sospechosos de SRC. Cada país conformó una unidad de análisis con las autoridades sanitarias nacionales y de sociedades científicas, además de expertos de organismos internacionales como la OPS, para la revisión y clasificación final de los casos compatibles encontrados. No se confirmó ningún caso de SRC.
- g) Dado que la presencia de casos de dengue en varios países podría haber enmascarado casos de sarampión y rubéola, 15 de 23 países con Comisiones nacionales y la Comisión Subregional del Caribe procesaron, para sarampión y rubéola, un porcentaje de muestras de pacientes con exantema procedentes de zonas donde circulaba el virus del dengue. Lo mismo se hizo con las muestras que dieron resultados negativos para el dengue de zonas donde se habían notificado casos sospechosos de sarampión. Ninguna de las muestras procesadas dio resultados positivos para sarampión ni rubéola.

² Los indicadores son los siguientes: % de sitios notificando semanalmente, % de casos con investigación adecuada (indicador compuesto por % de casos con visita domiciliaria antes de las 48 horas de haber sido reportado el caso y % de casos con los siguientes 8 datos completos), % de casos con muestra de sangre adecuada, % de muestras de sangre que llegan al laboratorio en ≤ 5 días y % de resultados de laboratorio reportados en < 4 días.

- h) El genotipo D9 fue aislado en el último brote endémico de sarampión notificado en Colombia y Venezuela en el 2002. A partir del 2003, los países han documentado la importación de los casos de sarampión, mediante la identificación de genotipos virales. Para el período 2009-2013, los virus de los genotipos B3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, G3, H1 y H2 fueron identificados en el 90% de los casos. Los genotipos D4 y D8, que circulan predominantemente en Europa, se han encontrados en 88% de los brotes; en tanto que el genotipo B3, que circula preferentemente en África, fue identificado en el brote de mayor duración (Ecuador 2011-2012).
- i) El genotipo 1C ha sido identificado como endémico para la rubéola en las Américas, puesto que no se ha encontrado en otras regiones del mundo. El último caso de transmisión del 1C ocurrió en el 2005. Entre el 2006 y el 2009 se aisló el genotipo 2B en los brotes notificados en tres países, considerándose el 2B también como endémico en la Región. Para el período 2009-2013, los genotipos 1E, 1G, 1J y 2B notificados se han vinculado a casos importados.
- j) Los países presentaron un análisis para demostrar que todas las cohortes ≤ 40 años de edad estaban vacunadas contra el sarampión y la rubéola. Entre 1994-2013 cerca de 500 millones de personas fueron vacunadas en las campañas de puesta al día (< 15 años), seguimiento (en general, para niños de 1 a 4 años) y aceleración (en general para personas de 20 a 39 años). Para complementar el análisis de cohortes, 18 de 23 países con Comisiones estimaron el acúmulo de susceptibles, como paso previo para definir la población meta de las campañas de seguimiento y de aceleración. Los países de América Latinahan efectuado por lo menos una campaña de seguimiento en los últimos 5 años.
9. Durante la quinta reunión del CIE, Brasil presentó la situación epidemiológica actual del brote sostenido de sarampión que afecta a los estados de Ceara y Pernambuco, donde se han confirmado 379 casos para el periodo 2013-2014³. La fecha de inicio de erupción del primer caso fue el 19 de marzo del 2013 y la del último caso fue el 22 de abril de 2014. Los casos están distribuidos en 24 de los 185 municipios en Pernambuco y 12 de los 184 municipios en Ceara. El grupo de edad más afectado en este brote son los menores de 1 año (42%). El genotipo identificado es el D8. El país ha implementado una campaña de vacunación dirigida a los menores de 5 años en los estados afectados y ha redoblado la vigilancia epidemiológica, como parte de las acciones para interrumpir este brote.
10. Tras revisar los datos presentados en los informes de eliminación, incluidos los datos del brote de Brasil, el CIE concluyó durante su quinta reunión que se esperará contar con evidencias sólidas que demuestren la interrupción del virus del sarampión en Brasil, para poder declarar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC de las Américas.

³ Datos hasta la semana epidemiológica 18, 2014

Sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y SRC

11. En cumplimiento de la resolución CSP28.R14 (2012), 20 Comisiones nacionales presentaron un plan de sostenibilidad de la eliminación para el periodo 2013-2015, con acciones concretas para abordar los desafíos identificados en sus sistemas de vigilancia epidemiológica y programas de vacunación de rutina.

12. Para mantener la eliminación se necesitan coberturas de $\geq 95\%$ con dos dosis de SRP o SR⁴ a nivel municipal. La segunda dosis de SR o SRP evita que la acumulación de niños susceptibles alcance niveles peligrosos. En el 2012, el promedio regional de cobertura con la primera dosis (SRP1) fue de 94%, mientras que para la segunda dosis (SRP2) solo llegó a 77%. Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y República Dominicana no han introducido la SRP2 en su esquema regular, pero sí dan una segunda dosis por medio de campañas de seguimiento periódicas (cada 4 o 5 años). Con la meta de lograr la más alta cobertura posible con SRP2, en el 2013, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS/OMS recomendó administrar la SRP2 a los 15-18 meses de edad, simultáneamente con otras vacunas del programa regular, como el primer refuerzo de la vacuna contra la difteria, tétanos y pertusis (DTP).

13. Cinco países organizaron campañas de seguimiento entre el 2012 y el 2013, en tanto que ocho países harán lo mismo entre el 2014 y el 2015. Para asegurar una cobertura homogénea $\geq 95\%$ en todos los municipios, todos los países que han efectuado campañas han puesto en práctica los monitoreos rápidos de vacunados. Esta metodología la seguirán aplicando los países que intensificarán la vacunación en sus zonas de alto riesgo. Se trata de una metodología que permite identificar bolsones de no vacunados, que de otra manera podrían enmascarse en las coberturas promedio notificadas por los municipios.

14. Los Estados Miembros de la OPS/OMS han fortalecido sus sistemas de vigilancia para detectar cada caso de sarampión o rubéola que se presente. Se han emitido alertas epidemiológicas ante la presencia de eventos masivos internacionales (por ejemplo, la Copa Mundial de Fútbol 2014 en Brasil, la Copa Mundial Sub 20 en Colombia). Se ha estrechado la coordinación con el sector privado, incluso con los laboratorios, puesto que muchos casos asociados a la importación de sarampión y rubéola se han detectado en el sector privado. Por otro lado, se ha fortalecido el trabajo intersectorial con instituciones vinculadas al turismo, para que sus trabajadores estén debidamente vacunados. Al menos cuatro países, por recomendación de sus Comisiones nacionales, han evaluado sus sistemas de vigilancia epidemiológica, con especial énfasis en áreas silenciosas, utilizando la guía de evaluación de la OPS/OMS.

15. Para fortalecer las capacidades nacionales de investigación y control oportuno de brotes, la OPS/OMS elaboró y validó una guía que recoge las lecciones aprendidas en el

⁴ SRP: vacuna contra el sarampión, la rubéola y parotiditis.
SR: vacuna contra el sarampión y la rubéola.

control de brotes en la etapa pos eliminación. Además, continúa asistiendo técnicamente para la réplica de la capacitación a los niveles subnacionales y para la conformación e institucionalización de equipos de la respuesta rápida ante brotes.

Llamado a la acción (próximos pasos)

16. El presidente del CIE presentará las evidencias que indican que se ha logrado la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en las Américas, siempre y cuando se dispongan de las evidencias por parte de Brasil. Por otra parte, hará un llamado a los Estados Miembros y los socios estratégicos para que continúen su compromiso sostenido con el mantenimiento de la eliminación. Para ello los países deben:

- a) Poner en práctica acciones para mantener la eliminación e integrarlas progresivamente en sus planes anuales de inmunización, a fin de mantener un apoyo político continuo y la asignación de recursos financieros.
- b) Continuar con la ejecución de las estrategias de vacunación (programa de rutina, campañas de seguimiento), para garantizar niveles altos y homogéneos de inmunidad poblacional.
- c) Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica de alta calidad que abarque la detección oportuna de casos y la implementación de una respuesta rápida ante la ocurrencia de importaciones de sarampión o de rubéola.
- d) Difundir las lecciones aprendidas del proceso de documentación y verificación de la eliminación, incluidas las acciones para el sostenimiento de dicha eliminación.

Intervención del Comité Ejecutivo

17. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del presente informe del CIE, y que haga las recomendaciones que considere pertinentes para mantener la eliminación del sarampión y la rubeola en la Región de las Américas.

- - -