

Reunión *ad hoc* del GTA

Julio del 2018

Cuarta reunión *ad hoc* del Grupo Técnico Asesor (GTA)
sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

10 de julio del 2018
Washington, D.C.
Estados Unidos de América



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Miembros del GTA

J. Peter Figueroa

Profesor de salud pública, epidemiología e infección por el VIH/sida
Universidad de las Indias Occidentales
Kingston, Jamaica

Presidente del GTA

Jon K. Andrus

Profesor adjunto e investigador principal
Centro de Salud Mundial, División de Vacunas e Inmunización
Universidad de Colorado
Washington, D.C., Estados Unidos

Roger Glass

Director
Centro Internacional Fogarty y Director Asociado para la Investigación Internacional
NIH/JEFIC-Institutos Nacionales de Salud
Bethesda, Maryland, Estados Unidos

Akira Homma

Presidente del Consejo de Políticas y Estrategias
Instituto Bio-Manguinhos
Rio de Janeiro, Brasil

Arlene King

Exdirectora de Salud de Ontario, Canadá
Profesora adjunta
Escuela Dalla Lana de Salud Pública
Universidad de Toronto
Ontario, Canadá

Nancy Messonnier

Directora
Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Decatur, Georgia, Estados Unidos

José Ignacio Santos

Profesor
Unidad de Medicina Experimental
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad de México, México

Cristiana Toscano

Profesora
Universidad Federal de Goiás
Goiana, Brasil

Jeanette Vega*

Directora
Fondo Nacional de Salud de Chile
Santiago, Chile

Alba María Roperó-Álvarez

Asesora regional en materia de inmunización,
en representación de Cuauhtémoc Ruiz Matus
Jefe de Unidad, Inmunización Integral de la Familia
OPS/OMS
Washington, D.C., Estados Unidos

Secretaria ad hoc

*No estuvo presente en la reunión

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 5 |
| Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión y sus implicaciones para la eliminación de la enfermedad en las Américas..... | 6 |
| Recomendaciones | 12 |
| Actualización sobre los brotes actuales de difteria en las Américas | 13 |
| Actualización regional sobre la poliomielitis | 15 |
| Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla en Brasil | 18 |

Introducción

El 10 de julio del 2018, la OPS convocó una reunión extraordinaria de su Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre las Enfermedades Prevenibles por Vacunación para tratar la grave situación de sarampión que se vive en la Región de las Américas y la aplicación de las recomendaciones que el grupo hizo en marzo del 2018. Al 30 de junio del 2018, la transmisión de sarampión en Venezuela se ha mantenido por más de un año. Por eso se considera que en dicho país se ha restablecido la transmisión endémica del sarampión. Esta situación exige una acción regional y una respuesta urgente de salud pública para lograr y mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región. También existe la necesidad apremiante de contar con una orientación clara sobre los requisitos para reconfirmar la eliminación del sarampión en los países donde se ha restablecido la transmisión endémica. Esta orientación debe formar parte de un nuevo marco regional con el objetivo de reglamentar la fase posterior a la verificación.

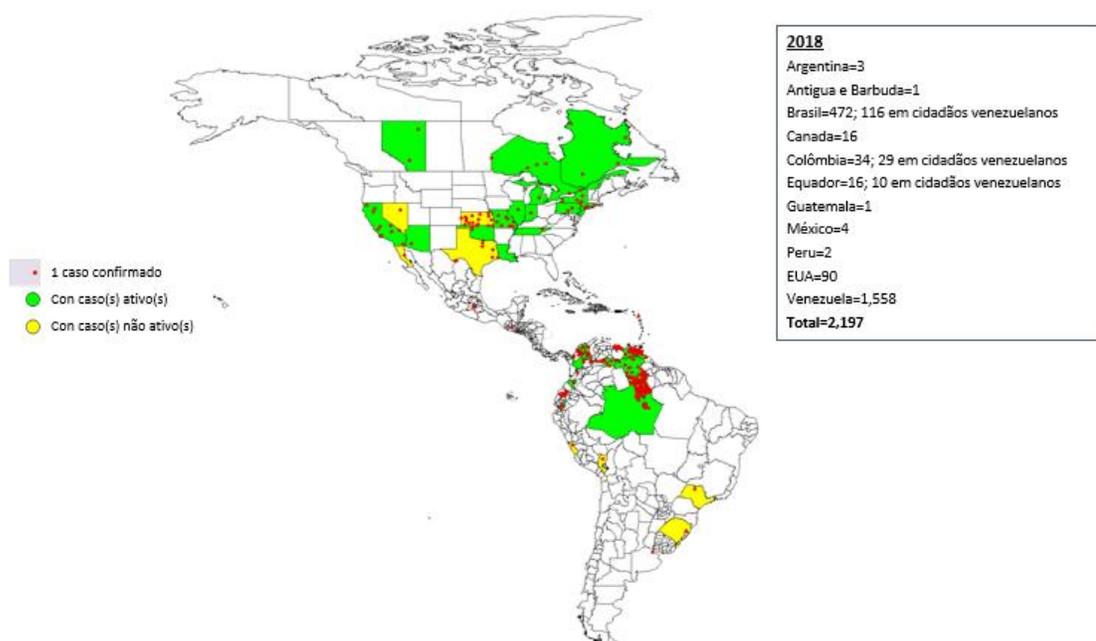
Por otra parte, los miembros del GTA recibieron una actualización sobre la situación de la fiebre amarilla, la poliomielitis y la difteria, que también se habían tratado durante la reunión *ad hoc* anterior.

Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión y sus implicaciones para la eliminación de la enfermedad en la Región de las Américas

Situación epidemiológica

Entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2018, se confirmó un total de 2.197 casos de sarampión en la Región de las Américas. En la actualidad hay brotes de sarampión en seis países: Brasil (n=472), Canadá (n=16), Colombia (n=34), Ecuador (n=16), Estados Unidos (n=90) y Venezuela (n=1,558) (**figura 1**). Once países han notificado brotes de sarampión en el 2018, en comparación con solo cuatro países en el 2017.

Figura 1. Brotes actuales (activos) y pasados (no activos/interrumpidos) en la Región de las Américas, 2018*



Fuentes: informes de vigilancia de los países enviados a la unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS/OMS y por el Ministerio de Poder Popular de Venezuela.

*Datos hasta la semana epidemiológica 26-2018.

En **Venezuela**, el sarampión se ha propagado a 21 de los 23 estados y al Distrito Capital, también conocido como el Distrito Federal. Entre la semana epidemiológica (SE) 26 del 2017, cuando se produjo la primera confirmación de un caso de sarampión en el estado Bolívar, y la SE 22 del 2018, se notificaron 2.285 casos de sarampión confirmados en Venezuela: 727 (32%) en el 2017 y 1.558 (68%) en el 2018 (**figura 1**). El Distrito Capital (Caracas) notificó el 59% de los casos confirmados en el 2018, seguido muy de cerca por Delta Amacuro, el segundo estado más afectado. La proporción más alta de casos se dio en menores de 5 años, seguida por el grupo de niños de entre 6 y 15 años. A nivel nacional, se notificaron 35 defunciones, 33 de las cuales (94%) se registraron en el estado Delta Amacuro, donde se han notificado casos desde la SE 33 del 2017. Se están estudiando otras muertes en Delta Amacuro. Este estado venezolano linda con Guyana, y 25% de su población son comunidades indígenas warao. Otras fuentes locales de información indican que las comunidades yanomami que habitan en el municipio del Alto Orinoco y el estado Amazonas, que linda con el estado Roraima de Brasil, también han sido afectadas por el sarampión. Es

importante destacar que Delta Amacuro es una zona remota de 40.200 km² en el delta del Orinoco. La mayor parte de sus poblaciones indígenas viven en zonas aisladas solo accesibles por vía fluvial y tras largas horas de viaje. Esta situación ha aumentado los costos de ejecución de las medidas de control de los brotes de sarampión, malaria y otras enfermedades. La falta de electricidad, que afecta a 80% del Amazonas, plantea otro reto para los esfuerzos de contención de enfermedades.

El riesgo de propagación dentro y fuera de Venezuela sigue siendo muy alto, debido al movimiento continuo de personas por las fronteras con Brasil y Guyana, a lo cual se suman otros factores, como la ejecución tardía de las medidas de control, la ausencia de una alerta sanitaria nacional, la vigilancia e investigación inadecuadas de casos, y la poca capacidad para aislar y manejar los casos. Además, los niveles insuficientes de cobertura de vacunación entre ciertas cohortes de nacimiento han dado lugar a grandes focos de grupos de población vulnerables. El actual brote en Venezuela representa una amenaza para los otros países de la Región. La mayoría de los Estados Miembros de la OPS (30/35) notificaron su último caso endémico antes del año 2000, es decir, hace más de 18 años.

El 22 de junio del 2018, el Ministerio de Salud de Venezuela expresó su disposición a intensificar las campañas de vacunación en los estados con la proporción más alta de casos de sarampión y ampliar sus esfuerzos para cubrir toda la nación, centrando su labor en los niños 6 meses a 15 años. Se ejecutarán tácticas y estrategias especiales para reducir la exportación del virus del sarampión a los países vecinos y lograr una cobertura homogénea de $\geq 95\%$. Aunque la OPS ha estado proporcionando al Ministro de Salud apoyo político, técnico, financiero y logístico desde el comienzo del brote de sarampión, la transmisión endémica se ha restablecido en Venezuela desde el 30 de junio del 2018, lo que significa 12 meses de circulación continua del virus del sarampión.

Desde el comienzo del brote en Venezuela, se ha confirmado que los casos de sarampión detectados en Colombia, Brasil y Ecuador pertenecen al mismo genotipo y clado que los casos detectados anteriormente en Venezuela. No se han confirmado casos de sarampión en Guyana hasta la fecha. Este país ha ampliado sus actividades de vigilancia y vacunación contra el sarampión y la rubéola como parte de su plan de preparación y respuesta para incluir las zonas fronterizas con Venezuela y Brasil. Con el apoyo de la oficina de la OPS en Guyana, el país contrató personal adicional para realizar vigilancia diaria, realizar vacunaciones de barrido para los habitantes de comunidades fronterizas y vacunar a las personas provenientes de Venezuela. Guyana también tomó medidas para el envío oportuno de muestras por mensajería al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

En Brasil se han confirmado 472 casos de sarampión desde febrero del 2018, es decir, en un período de cinco meses a la fecha. El brote continúa, con un número cada vez mayor de casos confirmados en Roraima (n=200) y Amazonas (n=265). Se están estudiando al menos 1.864 casos sospechosos, 88% de los cuales se han notificado en Amazonas. Además, se informó de un caso de sarampión altamente sospechoso en el estado de Rondônia, en la frontera sur del estado Amazonas. De 465 casos confirmados de sarampión con datos disponibles sobre la edad, la proporción más alta de casos (47%) se dio en menores de 5 años. De los 472 casos confirmados, 345 (72%) eran ciudadanos brasileños. Por consiguiente, Brasil está en alto riesgo de propagación del virus del sarampión a los otros estados federales si no se toman medidas de control más intensivas, especialmente en Roraima y Amazonas. En el **cuadro 1** se resume la situación epidemiológica del sarampión por estado federal de Brasil, a partir de la SE 26 del 2018.

Cuadro 1. Distribución de casos confirmados de sarampión por estado federal de Brasil, 2018

| Estado federal | No. de casos confirmados (%) | ¿Relacionado con brote? |
|-------------------|------------------------------|---|
| Amazonas | 265 (56,2) | Sí, un brote en Venezuela; genotipo D8 |
| Roraima | 200 (42,4) | Sí, un brote en Venezuela; genotipo D8 |
| Rio Grande do Sul | 5 (1) | Sí, un brote en Venezuela; pendiente genotipo |
| Rio Grande do Sul | 1 (0,2) | No, caso aislado con antecedentes de viaje a Europa; genotipo B3. |
| São Paulo | 1 (0,2) | No, caso aislado con antecedentes de viajes al Líbano; genotipo D8. |
| Total | 472 (100) | |

En **Colombia**, entre la SE 11 y la SE 26 del 2018, se confirmaron 34 casos de sarampión: 22 (65%) se importaron de Venezuela, es decir, fueron personas que cruzaron la frontera Venezuela-Colombia antes o durante su período de transmisibilidad; siete (21%) eran casos secundarios de venezolanos residentes en Colombia durante al menos cuatro meses y con antecedentes de vacunación desconocidos, dos (6%) eran ciudadanos colombianos y tres (9%) no aportaron ninguna información sobre nacionalidad. De 32 departamentos, 13 (41%) notificaron casos confirmados. Los departamentos Norte de Santander y Sucre notificaron la proporción más alta de casos (48%). Por otro lado, una alta proporción de los casos confirmados (74%) se dio en menores de 5 años.

En Ecuador, entre las SE 13 y 23 del 2018, se confirmaron 15 casos de sarampión. Los casos se notificaron en Quito (11, o 73% de los casos), Tulcán, ubicado en la zona fronteriza con Colombia (dos casos), Riobamba (un caso) y Cuenca (un caso). Seis (40%) de los casos se vincularon epidemiológicamente a los casos anteriormente detectados en el sur de Quito. Once (73%) de los casos eran hombres. Las edades de los casos fueron entre 4 meses y 44 años. Once (73%) de los casos se importaron de Venezuela. Están identificándose los genotipos de los virus.

Respuesta de la OPS

Las principales medidas que ha tomado la OPS se han dirigido a brindar apoyo a Venezuela, Brasil, Colombia y Ecuador. Se ha realizado una labor de promoción a un alto nivel político con los ministros de salud y presidentes de los países, capacitación en respuesta rápida de salud pública, despliegue de consultores internacionales para apoyar las actividades de campo, aporte de reactivos de laboratorio, vacunas y otros suministros, y movilización de recursos para sufragar los costos operativos de las actividades de vacunación. Seguidamente se especifican las acciones emprendidas:

- Promoción a alto nivel y reunión presencial entre la directora de la OPS y el presidente de Venezuela, Nicolás Maduro, para tratar la emergencia el 12 y 13 de junio del 2018.
- La OPS/OMS presentó una actualización sobre la situación en Venezuela y los Estados Miembros vecinos, así como un plan para mantener un programa eficaz de cooperación técnica en la 162.ª sesión del Comité Ejecutivo celebrada en Washington, D.C. en junio del 2018.
- El Comité Ejecutivo instó a Venezuela a que elaborara y ejecutara urgentemente un plan de acción para detener la transmisión de sarampión y difteria, y recomendó que todos los países invirtieran en incrementar la cobertura de vacunación y priorizaran esta actividad para alcanzar al menos 95% de la población en todos los municipios y comunidades, y que atendieran los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Desde septiembre del 2017, se han enviado en reiteradas ocasiones a cuatro asesores regionales en inmunización de la OPS para apoyar a Venezuela, Guatemala, Haití, Ecuador y Brasil para

prestar asistencia técnica y mantener la visibilidad de las alertas epidemiológicas al más alto nivel político.

- El equipo regional de vacunación de la OPS vigila muy de cerca los brotes actuales de sarampión y difteria por medio de reuniones y comunicación regulares con los puntos focales de inmunización de los países.
- Una fuerte campaña de movilización de recursos con la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola dio lugar a la donación de 2,7 millones de dosis de vacunas contra el sarampión y la rubéola en apoyo a la ejecución del plan de vacunación en Venezuela. Y siguen en curso las negociaciones con asociados estratégicos para movilizar recursos financieros adicionales para Venezuela a fin de cubrir los gastos de la campaña programada para toda la nación.
- Se realizaron dos talleres subregionales sobre respuesta rápida a los brotes de sarampión en el 2017, con la participación de todos los países de habla hispana de la Región. Se ha programado una capacitación subregional similar para los países de habla inglesa del Caribe para octubre del 2018. Se financiaron 10 talleres nacionales equivalentes en América Central y del Sur.
- La Unidad de Inmunización Integral de la Familia (IM) de la OPS ha movilizado fondos para financiar el plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola en muchos países, recaudando más de US\$ 500.000.
- IM ha movilizado financiamiento adicional (aproximadamente US\$ 150.000) para apoyar las actividades de vacunación y vigilancia en países vecinos de Venezuela, como Colombia y Brasil.
- La OPS está trabajando en cuatro recursos técnicos nuevos que deberían estar disponibles en los próximos dos meses para uso a nivel de país, a saber: 1) una herramienta de evaluación del riesgo de brotes de sarampión y rubéola; 2) un manual de respuesta rápida ante brotes de sarampión o rubéola; 3) un estudio de caso para la capacitación en respuestas a brotes de sarampión o rubéola; y 4) un manual de seguimiento rápido de la cobertura de vacunación.

Marco regional para la posverificación de la era de eliminación del sarampión

En el 2016, el Comité Internacional de Expertos para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita declaró a la Región de las Américas libre de sarampión. Ese mismo año, se notificaron en la Región 93 casos confirmados de sarampión, ninguno de los cuales representó transmisión endémica, con una incidencia regional de 0,07 casos por millón de personas, la tasa más baja alguna vez registrada. En la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2017, los ministros de salud aprobaron un plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para el período 2018-2023, con la finalidad de proteger este importante avance de salud pública.

Aunque se esperaba que este logro se mantuviera, en Venezuela ha persistido un brote de sarampión desde julio del 2017. Este brote ha durado más de 12 meses y ha dado lugar al restablecimiento de la transmisión endémica en el país.

En el *Plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas*, publicado en el 2011, se definió que el ámbito para la documentación de la interrupción de la transmisión endémica era toda la Región, en vez de los países individuales. Todos los Estados Miembros de la OPS realizaron considerables esfuerzos para documentar y verificar la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y la rubéola en sus territorios entre el 2011 y el 2016.

Marco mundial para la posverificación de la era de eliminación del sarampión

En el 2017, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización de la OMS respaldó la actualización que hiciera la Organización de las cuatro categorías usadas para clasificar a los países de acuerdo con sus progresos hacia la eliminación del sarampión y la rubéola:

- 1) **Endémico:** países con transmisión continua del virus del sarampión o la rubéola que persiste por ≥ 12 meses en cualquier zona geográfica definida y ninguna verificación previa de eliminación.
- 2) **Eliminado/interrumpido, pero no verificado:** países donde hay una ausencia de la transmisión endémica por ≥ 12 meses, pero < 36 meses en presencia de un sistema de vigilancia de alta calidad.
- 3) **Eliminado y verificado:** países que no han tenido transmisión endémica por ≥ 36 meses.
- 4) **Transmisión endémica restablecida posverificación:** países que cuentan con evidencia que indica la presencia de una cadena de transmisión de una cepa de virus que sigue ininterrumpidamente por ≥ 12 meses en una zona geográfica definida (región o país) luego de una verificación previa de eliminación.

Los países con transmisión endémica restablecida posverificación tendrían que demostrar nuevamente que no tienen transmisión endémica durante ≥ 36 meses en presencia de un sistema de vigilancia de alta calidad para poder ser clasificados, y posteriormente, verificados como libres de sarampión.

Para abordar este importante tema, el GTA recomendó, durante una reunión *ad hoc* que tuvo lugar en marzo del 2018, convocar un grupo de expertos sobre la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas con dos objetivos principales:

1. vigilar la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región mediante el cumplimiento de los objetivos e indicadores descritos en el plan regional de acción para la sostenibilidad;
2. formular o actualizar un marco regional para la Región de las Américas a fin de vigilar la ausencia de la transmisión endémica del sarampión en la Región, así como las medidas que han de tomarse en caso de restablecimiento de la transmisión endémica.

Las atribuciones de este grupo de expertos se presentaron a la consideración de la directora de la OPS; está pendiente la designación oficial de los miembros propuestos. Los interrogantes inmediatos que el grupo de expertos debe abordar son:

1. Si se restablece la transmisión endémica en un país, ¿toda la Región pierde su condición de libre del sarampión, la rubéola o el SRC?
2. Si se restablece la transmisión endémica del sarampión o la rubéola en un país o en la Región, ¿cuáles deberían ser los criterios y el proceso para la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola o el SRC?

El secretariado de la OPS propuso tres situaciones hipotéticas para iniciar las deliberaciones sobre el tema:

1. **Situación 1:** Si un país de la Región pierde su condición de libre de sarampión endémico tras ≥ 12 meses de transmisión sostenida del virus, **los 35 Estados Miembros de la Región también perderían su condición.** En esta situación, la Región seguiría las directrices del *Plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas*, formulado en el 2011.

2. Situación 2: Si un país de la Región pierde su condición de libre de sarampión endémico tras ≥ 12 meses de transmisión sostenida (por ejemplo, Venezuela), este país se clasificará como país con **“transmisión endémica restablecida posverificación” conforme al nuevo marco mundial de la OMS.** Para su reverificación, el país afectado tendría que demostrar que se interrumpió la transmisión durante al menos tres años a partir del último caso endémico conocido, en presencia de una vigilancia de alta calidad. Los otros 34 Estados Miembros de la Región mantendrían su condición de eliminación verificada. Sin embargo, la Región ya no podría considerarse libre del sarampión.

3. Situación 3: Si más de un país ve la transmisión endémica restablecida con el mismo genotipo vírico o uno diferente, la Región entera perdería su condición de verificación. Para su reverificación, todos los Estados Miembros tendrían que demostrar la interrupción de la transmisión endémica del sarampión por un período de al menos tres años a partir del último caso endémico conocido, en presencia de una vigilancia de alta calidad. En este caso, se elaboraría **un nuevo marco regional** para brindar mayor orientación sobre el proceso de reverificación.

En el cuadro siguiente se resumen las situaciones hipotéticas propuestas:

| | Situación 1 | Situación 2 | Situación 3 |
|---------------|--|--|--|
| País | Restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión en un país | Restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión en un país | Restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión en más de un país |
| Región | Los 35 Estados Miembros de la Región perderían la condición de eliminación | Los otros 34 Estados Miembros (no afectados) de la Región mantendrían la condición de eliminación | Los 35 Estados Miembros de la Región perderían la condición de eliminación |
| Acción | Toda la Región se sometería a reverificación de acuerdo con el plan de acción del 2011 | El país afectado se sometería a reverificación, al menos por 3 años a partir del último caso endémico | Toda la Región se sometería a reverificación conforme a un nuevo marco regional |

Conclusiones

En vista del restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión en Venezuela desde el 30 de junio del 2018, la Región de las Américas ya no se considera libre de sarampión. Para brindar orientación sobre los requisitos y el proceso de reverificación de la eliminación del sarampión, el GTA examinó las tres situaciones hipotéticas propuestas por el secretariado de la OPS y optó por la situación dos. No obstante, el GTA destacó que debe emprenderse una acción regional, incluido el seguimiento minucioso de la cobertura de vacunación, así como una evaluación meticulosa del riesgo.

El GTA acordó que el grupo de expertos examinará la pregunta con más profundidad y definiera los elementos del proceso de reverificación en el contexto de la situación dos. El GTA instó al grupo de expertos a celebrar su primera reunión con prontitud para empezar a adaptar o elaborar un marco para la reverificación de la eliminación del sarampión. Los miembros del GTA coincidieron igualmente en que los criterios esenciales del plan de acción del 2011 han de mantenerse, incluida la interrupción del

sarampión endémico por al menos los tres años siguientes al último caso confirmado conocido, la presencia de un sistema de vigilancia de alta calidad y la ausencia de cepas endémicas del virus del sarampión comprobada mediante vigilancia vírica. El secretariado de la OPS organizará visitas de alto nivel del grupo de expertos a los países de alto riesgo, como Venezuela y Brasil, para abogar por la adopción de medidas urgentes de salud pública.

En los próximos meses, la OPS centrará su cooperación técnica en países de alta prioridad, es decir, aquellos con brotes actuales, para velar por la aplicación óptima de las medidas de control. La atención se desplazará luego a los países que reciban un flujo importante de migrantes de Venezuela, para reforzar la vigilancia y la vacunación, y finalmente a los países sin casos de sarampión, para mantener una alta cobertura de vacunación y la eliminación de la enfermedad.

Recomendaciones

- El GTA reitera su recomendación anterior a las autoridades sanitarias venezolanas en el sentido de actuar decididamente para controlar la epidemia actual y evitar que continúe la exportación del virus del sarampión a otros países de la Región. Existe la urgente necesidad de alcanzar niveles altos y homogéneos de cobertura de la vacunación en la población menor de 15 años, así como de intensificar las medidas de control de brotes en municipios de alto riesgo, aquellos ubicados en zonas fronterizas y entre comunidades indígenas (por ejemplo, las poblaciones warao, yanomami y wayuu).
- El GTA insta a Brasil a que responda de forma decidida y eficiente al brote actual de sarampión para interrumpir la transmisión del virus y su propagación a otras partes del país y al resto de la Región. Hay un grave riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica en Brasil en un plazo de siete meses si no se emprende de inmediato una respuesta más enérgica.
- Dadas las amenazas a la eliminación del sarampión en la Región, el GTA insta a los países y territorios a reforzar la vigilancia del sarampión y la rubéola, intensificar las actividades de vacunación para lograr niveles de cobertura superiores al 95% con dos dosis de vacunas contra el sarampión y la rubéola en todos los menores de 5 años y responder rápidamente a los casos importados. Los países deben poner urgentemente en práctica el plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola respaldado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2017.
- El GTA recordó a los países la importancia de vacunar a los grupos poblacionales en riesgo que no tengan prueba de vacunación, como el personal que trabaja en la salud, los aeropuertos, el turismo y el transporte, así como en los servicios de migración, entre otros.

Actualización sobre los brotes actuales de difteria en la Región de las Américas

Se han notificado dos brotes graves de difteria en Haití y Venezuela en los últimos años (**cuadro 1**), así como otros brotes asociados con casos venezolanos en Colombia, Brasil y la República Dominicana. Tanto en Haití como en Venezuela, la cobertura de vacunación de rutina con la DPT3 y sus refuerzos ha estado sistemáticamente por debajo de 95%, por lo que no se ha cumplido con el objetivo establecido para la Región de alcanzar niveles de cobertura de 95% a nivel nacional y subnacional. Estos niveles bajos de cobertura han dado lugar a un aumento del número de niños y adultos susceptibles.

Cuadro 2. Características de los recientes brotes de difteria en Haití y Venezuela

| | Haití | Venezuela |
|--|----------------------------|------------------------------|
| Comienzo del brote | SE 50, 2014 | SE 26, 2016 |
| Número de casos confirmados desde el comienzo del brote | 170 (desde la SE 25, 2018) | 1.019 (desde la SE 16, 2018) |
| Grupo etario más afectado | <10 años | 5-15 años |
| Cobertura de vacunación de rutina (Formulario conjunto para la notificación de inmunización de la OMS-UNICEF 2017) | DPT3: 72% DPT4: 32% | DPT3: 84% DPT4: 38% |

En **Haití**, el brote de difteria empezó en diciembre del 2014 (SE 50) y, hasta la SE 25 del 2018, se habían notificado 490 casos probables (170 confirmados, 37 bajo investigación y 283 descartados) y 79 defunciones (31 casos confirmados, 34 bajo investigación y 14 casos descartados). La tasa de letalidad estimada para el 2018 fue de 6%. En el 2015 y 2017, una proporción mayor de mujeres que de hombres se vio afectada por la enfermedad (57% y 60%, respectivamente). Además, la proporción de casos en menores de 10 años fue mayor que en los niños mayores. Nueve de los diez departamentos han sido afectados hasta la fecha; siete han notificado casos confirmados y probables, y dos han notificado casos probables.

Como parte de las medidas de control de brotes, el Ministerio de Salud planificó tres rondas de campañas de vacunación, dirigidas a niños de 1 a 14 años en 44 comunas de nueve departamentos. Se usó la vacuna pentavalente para vacunar a los niños de 1 a 6 años y la vacuna Td para los niños de 7 a 15 años. La primera fase de la primera ronda de la campaña se llevó a cabo del 11 al 15 de marzo del 2018 en ocho estados (29 comunas) y la segunda fase se realizó del 8 al 12 de abril del 2018 en 15 comunas del Departamento Occidental. La cobertura administrativa alcanzó 98% en los ocho primeros departamentos y 81% en el Departamento Occidental. Se hizo un seguimiento independiente que permitió calcular los niveles de cobertura en 87% en los ocho departamentos y 85% en el Departamento Occidental. Desde el final de la primera fase de la campaña, se ha reducido el número de casos de difteria y muertes notificados. No se han confirmado las fechas para la ejecución de las dos rondas restantes.

En **Venezuela** continúa el brote de difteria que empezó en julio del 2016 (SE 26). Desde el comienzo del brote hasta la SE 16 del 2018, se notificó un total de 1.716 casos presuntos de difteria (324 casos en el 2016, 1.040 en el 2017 y 352 en el 2018); 1.086 (63%) de los casos presuntos fueron confirmados en laboratorio (n=350) o por relación epidemiológica (n=736) y 160 fallecieron (17 en el 2016, 103 en el 2017 y 40 en el 2018). La tasa de letalidad acumulada es de 14,7%. En el 2016, se notificaron casos en cinco de los 23 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre), mientras que en el 2017 se

notificaron casos confirmados en 22 de los 23 estados, así como en el Distrito Capital. En el 2018, nueve de los 23 estados notificaron casos confirmados en todos los grupos etarios; sin embargo, la tasa de incidencia más alta ocurrió en los niños de 5 a 15 años. La campaña de vacunación está en curso y se concentra en los niños de 2 meses a 6 años con la vacuna pentavalente, y de 7 a 15 años con la vacuna Td.

En **Colombia**, se han confirmado cinco casos de difteria en el 2018, en edades de 3 a 27 años. Tres de los casos eran ciudadanos venezolanos y en dos no había información sobre la nacionalidad. Dos casos no estaban vacunados y tres casos tenían antecedentes de vacunación desconocidos. Todos los casos eran hombres. Uno de los cinco casos falleció.

En **Brasil**, se notificaron 42 casos presuntos en 14 de los 26 estados en el 2017; se confirmaron cinco (12%) en cuatro estados: Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (un caso mortal, importado de Venezuela) y São Paulo (1). Las autoridades nacionales descartaron los 37 casos restantes. En el 2018, Brasil notificó 11 casos presuntos de difteria entre la SE 1 y la SE 20, pero no se ha confirmado ningún caso hasta la fecha.

En la **República Dominicana**, se notificaron tres casos presuntos de difteria en el 2017; se confirmó uno y se descartaron dos con base en criterios clínicos para un caso y resultados de laboratorio para el otro. No se notificaron defunciones. No se han notificado casos en el 2018.

Las autoridades de salud de los países vecinos han intensificado la vigilancia epidemiológica, las investigaciones y la vacunación para prevenir la importación de casos de difteria de los países afectados.

El Fondo Rotatorio de la OPS ha apoyado a los países de la Región para garantizar el suministro de la antitoxina diftérica en un mercado mundial restringido. Haití y Venezuela han recibido antitoxina diftérica anualmente durante los tres últimos años, mientras que Colombia, la República Dominicana y Panamá la han obtenido para reabastecer sus reservas estratégicas nacionales. El Fondo Rotatorio tiene actualmente un convenio de suministro con solo un fabricante ubicado en la India, que se espera que pueda satisfacer las necesidades previstas de la Región para el 2018 y el 2019.

Cobertura de vacunación

Antes del 2016, la cobertura regional con la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis se había ubicado entre 90% y 94% por más de 20 años. En el 2016, la cobertura de vacunación disminuyó a 87%, el nivel más bajo en los dos decenios anteriores. Algunos datos preliminares correspondientes al 2017, que no incluyen al Uruguay y El Salvador, indican que la cobertura de la tercera dosis fue de 88,4%. A nivel subnacional, los niveles de cobertura de la vacunación no fueron homogéneos. Muchos municipios de la Región tienen niveles de cobertura <80%.

Actualización sobre la vigilancia

La calidad de la vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) en la Región es subóptima. En las 52 últimas semanas (SE 26 del 2017 a la SE 26 del 2018), la Región ha alcanzado la tasa de notificar al menos un caso de PFA por 100.000 menores de 15 años y de investigar $\geq 80\%$ de casos de PFA en un plazo de 48 horas, pero no ha podido alcanzar $\geq 80\%$ de la toma de muestras adecuadas de heces de los casos. Solo cuatro países han cumplido los tres indicadores en las 52 últimas semanas: Bolivia, México, Nicaragua y Paraguay.

Uso de la dosis fraccionada de la vacuna contra la poliomielitis con virus inactivados (fIPV)

En abril del 2017, el GTA recomendó que todos los países se prepararan para responder a una escasez de la vacuna contra la poliomielitis con virus inactivados (IPV) y que los países (n=16) que administran más de 100.000 dosis de IPV por año comenzaran a prepararse de inmediato para aplicar una fracción de la dosis (fIPV). De los 16 países a los cuales se recomendará cambiar a fIPV, nueve (56%) ya han comenzado a capacitar a su personal de salud (Ecuador, Cuba, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay). Dos países han concluido la capacitación a todos los niveles y han comenzado a ejecutar la fIPV como parte de sus programas regulares: Ecuador (desde el 1 de enero del 2018) y Cuba (desde el 1 de mayo del 2018).

En junio del 2018, miembros de las unidades de Inmunización Integral de la Familia (IM) y Comunicaciones (CMU) de la OPS visitaron varios lugares en Ecuador para documentar las experiencias del país en la preparación, ejecución y supervisión del uso de la fIPV. Las lecciones aprendidas de Ecuador podrían beneficiar a otros países de la Región y al resto del mundo en sus preparativos para pasar a la fIPV. La OPS está elaborando un informe técnico y un video para explicar los procesos de preparación y ejecución en Ecuador que se pondrán a disposición de todos los países en septiembre del 2018. Las mejores prácticas encontradas son:

- Usar una capacitación de calidad en cascada para formar a los trabajadores de atención de salud.
- Envolver al niño en frazadas al momento de administrar la fIPV para ayudar a limitar su movimiento y aumentar las probabilidades de usar la técnica adecuadamente y evitar la formación de ampollas.
- Administrar la fIPV en actividades extramurales.
- Lograr una buena aceptabilidad de la nueva técnica de administración entre los padres.
- Reforzar la capacidad de comunicación de los trabajadores de salud, servirá como catalizador para aumentar la aceptabilidad de los padres y su comprensión sobre la atención que debe prestarse inmediatamente después de la vacunación.

Disponibilidad de la vacuna

La disponibilidad de la IPV sigue siendo limitada; sin embargo, ningún país de la Región ha acusado desabastecimiento hasta la fecha. IM y el Fondo Rotatorio de la OPS siguen trabajando estrechamente

con todos los países para vigilar las reservas de IPV. El Fondo Rotatorio ha continuado negociando con el proveedor de IPV10, y se ha llegado a un convenio de suministro favorable para el 2018 y 2019. En la 162.ª sesión del Comité Ejecutivo se proporcionó una actualización sobre el suministro de IPV.

Análisis de riesgos

Hasta tanto no se erradique la poliomielitis en todas partes, todos los países permanecen en riesgo de importar el poliovirus. En julio del 2017, la OPS presentó una evaluación de riesgo regional al GTA en la que se respaldaba la metodología y se alentaba a los Estados Miembros a realizar anualmente evaluaciones subnacionales del riesgo. Para estar en consonancia con algunos de los indicadores mundiales de evaluaciones de riesgo, la OPS actualizó su evaluación de riesgo regional, que repitió en julio del 2018. Los resultados preliminares indicaron que cuatro países tenían un riesgo muy alto (República Dominicana, Guatemala, Haití y Venezuela), cinco países estaban en riesgo alto (Argentina, Bolivia, Ecuador, Perú y Suriname), 15 países estaban en riesgo medio (Anguila, Antigua y Barbuda, Belice, Bermudas, Brasil, Colombia, Curaçao, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tabago y las Islas Vírgenes) y los 19 países restantes estaban en riesgo bajo (Aruba, Bahamas, Barbados, Canadá, Islas Caimán, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Granada, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Nicaragua, Saint Kitts, San Martín, Santa Lucía, San Vicente y Uruguay).

Cabe observar que, tras una serie de mejoras en los niveles de cobertura de la vacunación y el desempeño de la vigilancia, Brasil se reclasificó de alto riesgo a riesgo medio en esta actualización de la evaluación de riesgos. Además, en aplicación de las recomendaciones del GTA, la OPS creó una herramienta para ayudar a los países a realizar sus propias evaluaciones nacionales de riesgo hasta el nivel de distrito o municipio. La OPS está actualmente modificando la herramienta para incluir el mapeo automatizado de las zonas de riesgo. Esta herramienta se presentará a los países en ocasión de la sexta reunión regional sobre la poliomielitis en diciembre del 2018.

Aislamiento del poliovirus de tipo Sabin 3 en Venezuela

En mayo del 2018, Venezuela notificó un caso de PFA en un niño de 34 meses sin antecedentes de vacunación contra la poliomielitis que residía en una comunidad con una cobertura de vacunación baja en Delta Amacuro. El caso se notificó a través del sistema nacional de vigilancia. Se tomó una muestra de heces del niño conforme a las directrices de vigilancia, y el laboratorio nacional aisló el poliovirus Sabin 3. El virus aislado fue luego enviado al laboratorio especializado mundial (los CDC en Atlanta, EUA), que confirmó los resultados del laboratorio nacional. El virus aislado tenía la misma forma del virus Sabin 3 que se encuentra en la vacuna oral contra la poliomielitis, lo que significa que el virus no había mutado y no era ni un poliovirus salvaje (WPV) ni un poliovirus de origen vacunal (VDPV). Las investigaciones minuciosas sobre el terreno no detectaron otros casos de PFA ni conglomerados de casos pudieran hacer pensar en la circulación de WPV o VDPV. Para clasificar el caso, en conformidad con las directrices de vigilancia de la poliomielitis, se realizó una evaluación clínica el 28 de junio del 2018, 60 días después de la aparición de la PFA, para determinar la presencia de una parálisis residual. Los resultados de la investigación no fueron concluyentes, y el neurólogo solicitó que se hiciera otra evaluación el 2 de julio del 2018. La OPS todavía no ha recibido los resultados de la evaluación. Aunque este caso no se debió a un WPV o un VDPV, cualquier estado o distrito de la Región con una baja cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis corre el riesgo de que aparezca un VDPV o se importe un WPV, por lo que debe esforzarse por mejorar la cobertura de la vacunación contra la poliomielitis y fortalecer la vigilancia.

Investigación de VDPV1 relacionado con la inmunodeficiencia (iVDPV1) en Colombia

Actualmente se investiga en Colombia un presunto caso de iVDPV1. Un niño de 11 meses con presunta inmunodeficiencia primaria grave contrajo PFA el 1 de marzo del 2018; posteriormente se aisló del niño

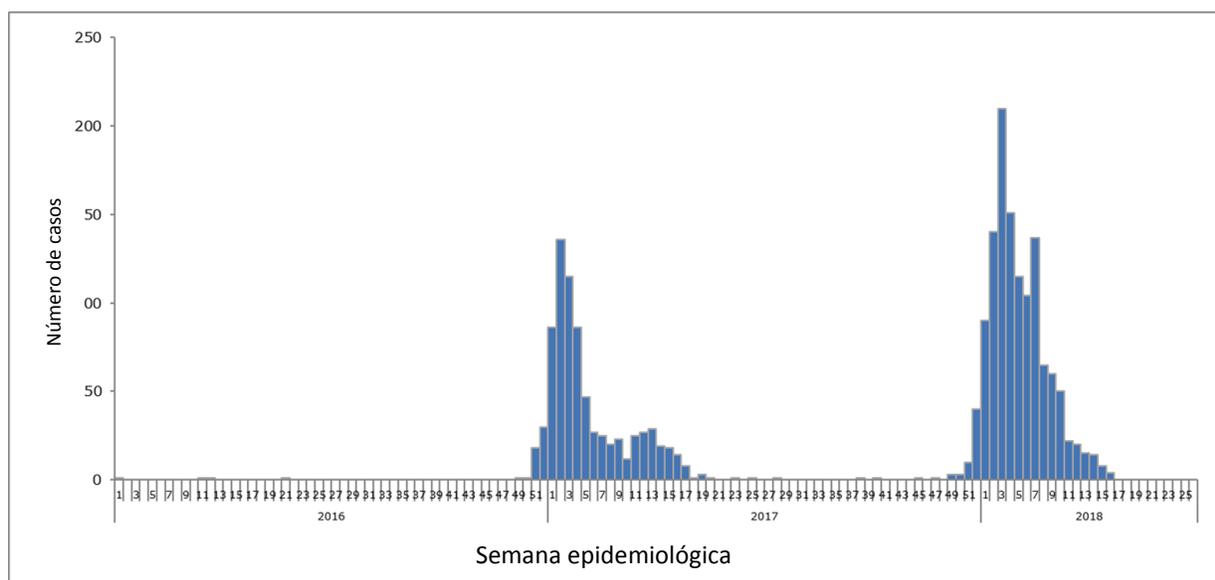
un VDPV de serotipo 1. La OPS/OMS sigue evaluando la situación epidemiológica y apoyando el fortalecimiento de la vigilancia y la vacunación en el país.

La OPS/OMS está coordinando con los asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para obtener el antivírico Pocopavir. El niño será incluido en un ensayo de tratamiento sobre la eficacia, inocuidad y farmacocinética del Pocopavir. Los casos de iVDPV son extremadamente raros y no se ha documentado ninguna propagación secundaria asociada del iVDPV hasta la fecha. La cobertura nacional de la vacunación contra la poliomielitis en Colombia se calcula en 91%, por lo que el riesgo de una mayor propagación del VDPV es muy bajo.

Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla en Brasil

Desde julio del 2017 hasta el 16 de mayo del 2018, en el estado Minas Gerais se confirmaron 520 casos de fiebre amarilla, incluidas 177 (34%) defunciones. Durante el mismo período, el estado São Paulo notificó 516 casos confirmados de fiebre amarilla y 163 defunciones (32%). Desde el 1 de enero hasta el 24 de mayo del 2018, el estado Rio de Janeiro notificó 265 de casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 84 defunciones (32%) en 23 de 91 municipios (25%). Desde el 1 de enero hasta el 16 de mayo del 2018, el estado Espirito Santo notificó seis casos confirmados de fiebre amarilla, incluida una muerte (17%). Desde julio hasta el 16 de mayo del 2017, el Distrito Federal notificó un caso mortal de fiebre amarilla. La transmisión de la fiebre amarilla ha ocurrido a través de vectores selváticos en entornos rurales o en zonas periurbanas localizadas. No se ha confirmado ninguna transmisión de fiebre amarilla por *Aedes aegypti* hasta la fecha. Ha habido una disminución constante del número de casos de fiebre amarilla en humanos y animales notificados en Brasil desde fines de febrero del 2018 (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos confirmados de fiebre amarilla por semana epidemiológica (SE), Brasil, 2016–2018



La temporada de fiebre amarilla en Brasil es normalmente de diciembre a mayo de cada año. Para el período 2018-2019, los análisis epidemiológicos y ambientales indican que el virus de la fiebre amarilla podría propagarse al sur, llegando a los estados Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul. También se espera que el virus se acerque al sudoeste por los corredores selváticos que actualmente corren del estado São Paulo por la cuenca hidrográfica de Paraná en camino al este del Paraguay y el norte de la Argentina y hasta el nordeste, para llegar posiblemente a los estados Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba y Rio Grande do Norte.

El 20 de marzo del 2018, el Ministerio de Salud anunció la ampliación de la vacunación contra la fiebre amarilla a todo el país, para incluir 1.586 nuevos municipios en las regiones sudeste, sur y nordeste, con lo cual se aumentaría la población a ser vacunada en 77,5 millones de personas. La vacunación de estos nuevos grupos se hará gradualmente hasta abril del 2019. Esta medida preventiva busca proteger a toda la población contra la enfermedad en caso de que se amplíen las zonas de circulación viral en el territorio

nacional, como ocurriera durante el brote del 2017. Según informes oficiales, el número total de dosis aplicadas (dosis completas o fraccionadas) en Rio de Janeiro durante la campaña de vacunación masiva que tuvo lugar entre el 25 de enero y el 5 de mayo del 2018 fue de 2.073.151. Con 8.395.098 dosis administradas en el estado antes de la campaña, el número total de dosis de vacuna administradas hasta la fecha fue de 10.468.249, lo que cubre 65% de la población destinataria.

En São Paulo, el número total de dosis aplicadas (dosis completas o fraccionadas) durante la campaña que corrió de enero a mayo del 2018 fue de 5.529.017. Si se consideran las 13.300.000 personas vacunadas antes de la campaña, la cobertura acumulada de vacunación en el caso de la población de São Paulo fue de 60%. Además de los estados Rio de Janeiro, São Paulo y Bahía, que seguirán vacunando usando una dosis fraccionada, los estados del sur (Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul) empezarán a vacunar con una dosis estándar en julio del 2018, seguida de vacunación con dosis estándar en la región nordeste (Piauí en enero del 2019; Alagoas y Sergipe en febrero del 2019; Paraíba y Pernambuco en marzo del 2019; y Ceará y Rio Grande do Norte en abril del 2019). Como resultado, para abril del 2019, 1.586 nuevos municipios quedarán incluidos como zonas con recomendación de vacunación, abarcando 100% del territorio nacional.

En Minas Gerais, la cobertura acumulada de vacunación (2003-2018) se calculó en 95%. A diferencia de los estados Rio de Janeiro, São Paulo y Bahía, Minas Gerais sí tenía recomendación de vacunación contra la fiebre amarilla de sus residentes y viajeros visitantes; sin embargo, unas 691.450 personas permanecen sin vacunar, especialmente en el grupo de 15 a 59 años. Este grupo etario se vio particularmente afectado durante la última gran epidemia de fiebre amarilla en Brasil en el 2017. En los 853 municipios de Minas Gerais, 142 (15%) no alcanzaron un nivel de cobertura de 80%. Otros 283 municipios (33%) notificaron niveles de cobertura entre 80% y 95%. Más de la mitad de las ciudades de Minas Gerais alcanzó niveles de cobertura $\geq 95\%$.

No se espera ninguna escasez de vacuna contra la fiebre amarilla o de jeringas que interrumpa los planes de vacunación para los estados São Paulo, Rio de Janeiro y Bahía. El 30 de enero del 2018, las existencias de la vacuna contra la fiebre amarilla a nivel nacional llegaba a 17,9 millones de dosis completas. En breve deberían recibirse 20 millones de jeringas, lo que permitirá a las autoridades nacionales seguir adelante con las actividades de vacunación.