

OPINIÓN DEL CAVEI SOBRE ACCIONES PARA PREVENIR CASOS DE SARAMPIÓN EN CHILE

Situación Epidemiológica

En base a la Actualización Epidemiológica Sarampión OPS/OMS del 16 de marzo 2018(1)

El año 2017 en la Región Europea, el sarampión afectó a 21.315 personas, el cuádruple de lo ocurrido el año anterior, y causó 35 muertes.

Entre el 2016 y 2017, países de Asia y África (China, Etiopía, India, Indonesia, la República Democrática Popular Lao, Mongolia, Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudan, Tailandia, y Vietnam, entre otros) también notificaron brotes de sarampión.

En la Región de las Américas, el 2017 se notificaron casos confirmados de sarampión en Argentina (3), Canadá (45), Estados Unidos (120) y Venezuela (727). Al 16 de marzo 2018, nueve países de la región han confirmado casos de sarampión: Antigua y Barbuda (1), Brasil (14), Canadá (4), Colombia (1), Estados Unidos de América (13), Guatemala (1), México (4), Perú (2) y Venezuela (159).

Los casos notificados en Antigua y Barbuda y en Guatemala corresponden a casos importados desde Reino Unido y Alemania, respectivamente.

Los casos confirmados de Brasil se reportaron en ciudadanos venezolanos, no vacunados, entre 9 meses a 18 años de edad, 10 de los cuales son del sexo masculino. El genotipo identificado en todos los casos confirmados es el D8, idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

El caso notificado en Colombia corresponde a un niño de 14 meses de nacionalidad venezolana que llegó al país procedente de la ciudad de Caracas el 2 de marzo. El inicio del exantema fue el 8 de marzo.

En México, los casos de sarampión son importados o asociados a importación. De los 4 casos confirmados, uno de ellos estaba vacunado, un menor estaba a un día de cumplir un año para vacunarse y dos adultos desconocían su antecedente de vacuna contra sarampión. Un caso probable de sarampión en un menor de 4 años resultó con prueba serológica positiva; el país de residencia fue debidamente informado para el seguimiento y clasificación final del caso.

En Perú, el primer caso se desplazó entre Lima–Callao y el distrito de Vilque Chico, Puno. Diez días después se notificó un segundo caso en Juliaca, distrito de San Román, Puno, identificado como parte de una búsqueda activa.

En Venezuela, entre la semana epidemiológica (SE) 26 del 2017 y la SE 7 del 2018 se confirmaron 8.861 casos de sarampión, incluidas dos muertes. La mayor tasa de incidencia de casos confirmados se observa en los menores de 5 años, seguido del grupo de 6 a 15 años.

El 82% de los casos confirmados se registraron en el estado Bolívar, siendo el Municipio de Caroní el epicentro del brote. La diseminación del virus hacia otras áreas geográficas se explica, entre otros factores, por el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial.

Venezuela diseñó un Plan de Respuesta Rápida Nacional para interrumpir la transmisión del virus, que incluye la disposición de más de 6 millones de dosis de vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas (SRP) y sarampión/rubéola (SR) para aumentar las coberturas de vacunación en niños y adolescentes.

En Canadá y Estados Unidos, los casos son importados o asociados a importación; el 88% son en no vacunados. El rango de edad de los 17 casos es entre 6 meses y 49 años. Los genotipos identificados son D8, D4 y B3.

En consideración de:

1. La situación epidemiológica de países vecinos.
2. La cobertura promedio de vacunación del Área Andina (Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Perú) el año 2016 fue 90% para SRP₁ (mín. 88%; máx. 94%) y 70% para SRP₂ (mín. 48%; máx. 87%).(2)
3. La cobertura promedio de vacunación del Cono Sur (Uruguay, Paraguay, Argentina, Chile) el 2016 fue 91% para SRP₁ (mín. 90%; máx. 95%) y 86% para SRP₂ (mín. 75%; máx. 92%).(2).
4. La cobertura de Chile para SRP₁ en el 2016 fue de 92,9% y para SPR₂ fue de 88,3%. La cobertura en el 2017 para SRP₁ en el 2016 fue de 91,6% y para SPR₂ fue de 90,3%, las que resultan insuficientes para mantener el plan de eliminación de sarampión. La última campaña de seguimiento fue el año 2015 con una cobertura promedio país de 82,5%.
5. Los flujos migratorios, que según cifras de extranjería alcanzan a 900.000 personas y tan solo en el año 2017 ingresaron al país sobre 350.000 personas.

El CAVEI opina que:

1. Es necesario el esfuerzo de todos los sectores para diseñar, sustentar, articular e implementar una política de salud pública inclusiva de la población migrante, independiente del estado migratorio particular de las personas.
2. Se requiere promover el acercamiento, acceso y adherencia de la población migrante a la atención de salud, lo que incluye el acceso a los beneficios de la vacunación, sobre todo Sarampión, en niños y adultos.
3. Lo anterior precisa la articulación de todas las instituciones de salud, educación, desarrollo social, extranjería y organizaciones no gubernamentales para garantizar la protección de la salud de la población, incluidos los migrantes, siendo la vacunación el eje fundamental en las acciones preventivas de casos de sarampión en el país.

*Comité Asesor en Vacunas e Inmunizaciones de Chile
Santiago, 26 de marzo 2018*

Referencias

1. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica Sarampión 16 marzo 2018 [Internet]. 2018. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44093&lang=es
2. OPS/OMS. Inmunización en las Américas. Resumen 2017 [Internet]. 2017. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=36291&lang=es.