

Dra. Rita Delia Díaz Ramos
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología, A.C.
rita.diaz09@gmail.com

Editorial Sarampión. La necesidad de mantener la alerta

From the editors
Measles. It is necessary
to keep the alert



El sarampión es una enfermedad viral exantemática, altamente transmisible de persona a persona, que puede ocasionar complicaciones graves como neumonía y encefalitis, o formas graves de curso progresivo e infrecuente como la panencefalitis esclerosante subaguda. El sarampión puede ser letal en uno a dos de cada mil niños enfermos, no existe tratamiento específico, aunque se dispone de una vacuna segura y eficaz incluida en el esquema nacional de vacunación mexicano y recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con dos aplicaciones a los 12 meses de vida y a los cuatro a seis años (ingreso escolar) en condiciones normales.¹

Desde 2017 se ha incrementado el número de casos de sarampión en 183 países, con un aumento importante en 2018 de más de 32% (173 330 y 228 068 de los casos confirmados, respectivamente). Durante 2019 en Estados Unidos hubo más de mil casos confirmados, lo que supera el número desde que fue eliminada esta enfermedad en el año 2000.²

En la región de las Américas se ha confirmado el incremento en Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, México y Venezuela. Desde el 1 de enero de 2019 al 24 de enero de 2020 se notificaron 20 430 casos confirmados de sarampión, de los cuales 19 fueron defunciones, en 14 países y territorios de la Región 1: Argentina (114 casos), Bahamas (tres casos), Brasil (18 073 casos, incluidas quince defunciones), Canadá (113 casos), Chile (doce casos), Colombia (242 casos, incluida una defunción), Costa Rica (diez casos), Cuba (un caso), Curazao (un caso), Estados Unidos (1 282 casos), México (veinte casos), Perú (dos casos), Uruguay (nueve casos) y la República Bolivariana de Venezuela (548 casos, incluidas tres defunciones). Brasil contribuyó con el 88% del total de los casos confirmados en las Américas. El predominio de este brote es mayor en niños, sobre todo en menores de cinco años, y en especial en aquéllos de menos de un año.

Del 13 de diciembre de 2019 al 24 de enero de 2020 hubo un aumento de 29% en el total de casos confirmados, debido a que cinco países notificaron casos confirmados adicionales: Argentina (29, genotipo D8, linaje mvs/Gir Somnath. IND/42.16), Brasil (3 669, genotipo D8, linaje mvi/HuluLangat.MYS/26.11 y genotipo D8, con tres diferentes linajes: mvs/Frankfurt-Main.DEU/17.11, mvi/Delhi. IND/01.14/06 y mvs/Gir Somnath. IND/42.16), Chile (un genotipo D8, linaje pendiente), Colombia (doce genotipo D8, de los cuales 91 son del linaje mvi/Hulu Langat.MYS/26.11 y dos del linaje mvs/Gir Somnath. IND/42.16) y Estados Unidos (seis); Argentina y Chile notificaron casos confirmados en 2020.^{3,4}

En México la última epidemia de sarampión ocurrió en 1989-1990, se reportaron 89 163 casos. El último caso autóctono en nuestro país se registró en 1995. De enero a diciembre de 2019 se han identificado veinte casos confirmados, de los cuales cinco son importados y trece asociados a importación; siete de los casos en los que se realizó genotipo se relaciona con cepas provenientes de Europa. De los veinte casos, en once no existe antecedente de vacunación (55%), sólo un caso (5%) con dos dosis, cuatro casos recibieron una dosis, tres de ellos con esquema completo para la edad y uno de ocho años sin haberse aplicado la segunda dosis, y dos casos de 22 y 32 años recibieron tres dosis (10%).^{5,6}

Aunque el sarampión es una enfermedad prevenible por vacunación, en muchos países las bajas coberturas de vacunación en la población en riesgo han favorecido la diseminación de la enfermedad, lo que ha condicionado su persistencia en diferentes regiones del mundo, incluidos África, Asia, Europa y Oceanía; los brotes más importantes se encuentran en Europa, principalmente en Italia y Rumania. El 84% de los casos identificados no tenían antecedente de vacuna, lo que se convierte en un riesgo alto para el desarrollo de grandes epidemias, sobre todo por susceptibles y viajeros que no son inmunes.

Entre 2000 y 2017 la vacunación contra el sarampión disminuyó la cifra de defunciones en 80% en todo el mundo, lo que convierte a esta estrategia de vacunación en una de las mejores inversiones en salud pública; sin embargo, aunque existe una vacuna segura y económica, durante 2017 la enfermedad causó 110 mil defunciones en todo el mundo, la mayoría en niños menores de cinco años. Con las coberturas de vacunación bajas se incrementa el número de susceptibles, por lo que se debe revisar cuidadosamente el estado de vacunación del personal de primer contacto (personal de salud y de servicios de turismo).

Las estimaciones más recientes de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sobre la cobertura nacional de inmunización para la primera y la segunda dosis la vacuna contra el sarampión muestra que sólo cuatro países, Hungría, Portugal, Eslovaquia y Suecia, informaron al menos 95% de cobertura de vacunación para dos dosis en 2017.^{7,8}

Se considera que las personas nacidas antes de 1965 son inmunes contra el sarampión y no requieren vacunarse. En relación con las embarazadas, la OMS recomienda que estas mujeres viajen sólo si acreditan al menos dos dosis de vacuna antisarampión aplicada después del año de vida y entre cuatro y seis años de vida, o mediante la confirmación a través de la presencia de anticuerpos contra sarampión (serología Igg+ contra sarampión). No es recomendable que una embarazada sin

antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión viaje a sitios de riesgo.^{8,9}

El caso reportado en este número de la revista, acerca de una lactante de once meses de edad, muestra el riesgo del grupo etario ante la exposición a la enfermedad, por lo que deberá trabajarse en forma intensiva sobre las coberturas de vacunación. Además, es necesario reforzar las medidas de prevención mediante la vacunación en personas con esquemas incompletos (sólo una dosis) o en adultos que van a viajar a países o ciudades en los que existe un mayor número de casos activos, y de acuerdo con el riesgo, valorar la necesidad de aplicar a los lactantes de alto riesgo de contraer la enfermedad una dosis adicional entre los seis y once meses de edad, además de completar las dos dosis a los doce a quince meses y seis años.

Los países involucrados en este brote tendrán que alcanzar mejores coberturas de vacunación y capacitar a los padres de familia acerca de los beneficios de la vacunación específica y las consecuencias de no cumplir con los esquemas completos.

En México el esquema de vacunación (SRP) comprende dos dosis, una a los doce meses de edad o antes de cumplir seis años, y la otra a los seis años de vida o al ingresar a la primaria.

Las vacunas contra el sarampión disponibles en México son seguras y gratuitas: vacuna triple viral (SRP = sarampión, rubéola y parotiditis) y la vacuna doble viral (SR = sarampión y rubéola), aunque esta última se ha encontrado escasa en los últimos años.

Las recomendaciones para residentes de México que viajan a países con casos de sarampión confirmados, emitidas por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGE, SS) son:^{6,9}

Población de 6 a 11 meses de edad:

- Aplicar una dosis de vacuna contra el sarampión, dicha dosis no cuenta para esquema, de forma que deben ser revacunados al cumplir el primer año de vida, con un intervalo entre ambas dosis de al menos 28 días

Población de 1 a 5 años:

- Con antecedente de vacuna: no requiere vacunarse antes de viajar
- Sin antecedente de vacuna: aplicar una dosis de SRP (MMR) y la siguiente dosis cuando cumpla seis años.

Población de 6 a 9 años:

- Con dos dosis de vacuna (esquema completo): no requiere vacunarse antes de viajar
- Con esquema incompleto de SRP: (cuenta sólo con la primera dosis) deberán recibir la dosis faltante (los esquemas no se reinician)
- Sin antecedentes de vacunación: deberán recibir dos dosis con intervalo de cuatro a ocho semanas entre la primera y la segunda dosis

Población de 10 y más años:

- Con dos dosis de vacuna (esquema completo): No requiere vacunarse antes de viajar
- Con esquema incompleto: antecedente de una sola dosis de SRP, aplicar una dosis de SR
- Sin antecedentes de vacunación deberán recibir dos dosis de SR con intervalo de cuatro a ocho semanas entre la primera y la segunda dosis

Dos dosis de SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) representan casi el 100% de efectividad en la prevención del sarampión.¹⁰

Ninguna de estas vacunas deberá aplicarse a embarazadas o con la duda de embarazo. En caso de que por accidente se aplique SR a una mujer que desconocía su condición de embarazada, deberá acudir a su unidad médica para información y seguimiento.

De acuerdo con la institución donde la persona esté afiliada, debe acudir a su unidad médico familiar (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar) o al centro de salud de los servicios locales de salud, para completar el esquema de vacunación.

Recomendaciones a viajeros^{6,9}

- Durante su viaje y a su regreso: si usted presenta fiebre y exantema (erupción) durante su viaje y hasta después de 21 días de su regreso a México
- No se automedique y busque atención médica de inmediato
- Durante su estancia o tránsito en países con alto número de casos: se recomiendan medidas higiénicas generales para reducir el riesgo de contagio: lávese las manos con frecuencia
- Si el jabón y agua no están disponibles, desinfecte sus manos con solución alcoholada en gel para manos (que contenga al menos 60% de alcohol), deposite 3 mililitros de alcohol gel para garantizar la desinfección, y frote sus manos durante 30 segundos
- No tocar sus ojos, nariz o boca. Si tiene que tocar su cara, asegúrese de que sus manos estén limpias.
- Cubrir la boca y la nariz con un pañuelo desechable o con la manga (no con las manos) al toser o estornudar.
- Está indicado el uso de mascarilla (cubrir nariz y boca) cuando está entre un grupo de personas a menos de un metro de distancia
- Evite el contacto cercano, como besos, abrazos o compartir cubiertos o vasos con personas que estén enfermas
- Tenga a la mano los teléfonos, dirección del consulado o embajada de los Estados Unidos Mexicanos más cercano, para contactarlo en caso necesario.

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud instan a todos los Estados Miembros a:

Mantener coberturas homogéneas de vacunación de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis, en todos los municipios.

Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, como personal de salud y de turismo.

Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos probables en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de cinco días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo no mayor de cuatro días.

Tener una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión de acuerdo con las siguientes recomendaciones.

- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin, e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre los niveles nacional, subnacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos ellos.
- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un apropiado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) para evitar el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización de pacientes internados por otras causas.
- Mantener una vigilancia epidemiológica adecuada enfocada en la detección y diagnóstico oportuno de los casos probables de sarampión.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), "Europe. Measles and rubella surveillance data", 2019. Disponible en: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/. Consultado el 15 de abril de 2019.
2. Sanyaolu, A., Okorie, C., Marinkovic, A., Ayodele, O., Abasi, A.F., Prakash, S. *et al.*, "Measles outbreak in unvaccinated and partially vaccinated children and adults in the United States and Canada (2018-2019): a narrative review of cases", *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2019, 56: 1-10.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), "Actualización epidemiológica: sarampión, 24 de enero de 2020", OPS-OMS, Washington, 2020.
4. "Measles resurgence in the USA: how international travel compounds vaccine resistance", *The Lancet*, 19, 2019. Disponible en: www.thelancet.com/infection.
5. Sarampión, México: casos confirmados al 13/11/2019, 12:00 horas.
6. Aviso preventivo de viaje e información para viajeros a Europa ante los casos de sarampión, 26 de marzo de 2019. [UIES-aviso-viaje-fiebre sarampión-Europa-v01-2019.]
7. Girmay, A. y Dadi, A.F., "Being unvaccinated and having a contact history increased the risk of measles infection during an outbreak: a finding from measles outbreak investigation in rural district of Ethiopia", *BMC Infect Diseases*, 2019, 19: 345-350.
8. National EPI, Comprehensive Multi-Year Plan 2016-2020, FMOH, Ethiopia, Addis Abeba, 2015.
9. Patel, M., Lee, A.D., Redd, S.B., Clemmons, N.S., McNall, R.J., Cohn, A.C. *et al.*, "Increase in measles cases: United States, January 1-April 26, 2019", *MMWR*, 2019, 68: 402-404.
10. Hotez, P.J., "America and Europe new normal: the return of vaccine-preventable diseases", *Nature*, 2019, publicado en línea el 27 de febrero, DOI:10.1038/s41390-019-0354-53.