



Sarampión: crónica de una reemergencia anunciada

Measles: chronicle of a predicted re-emergence

Alfredo Herrera-Falcón,* María Guadalupe Miranda-Novales†

* Hospital General de Zona No. 16, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Torreón, Coahuila; † Unidad de Investigación en Análisis y Síntesis de la Evidencia, Coordinación de Investigación en Salud, IMSS. Ciudad de México, México.

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa. Dado que los humanos son el único reservorio del virus y que se dispone de una vacuna altamente efectiva, el sarampión ha sido, a nivel global, un objetivo para su erradicación. Sin embargo, debido a factores sociales y políticos, así como por su alta transmisibilidad, la eliminación (paso previo a la erradicación) se ha logrado en muy pocas áreas del mundo.¹

Esta enfermedad se presenta a nivel mundial, y sigue siendo causa de alta morbilidad y mortalidad, especialmente entre niños menores de cinco años. Antes de la introducción de la vacuna, ocurrían más de dos millones de muertes al año por sarampión. La disponibilidad de la vacuna contra el sarampión, a partir de la década de 1960, tuvo un impacto inmediato en la incidencia de la enfermedad, reduciendo las tasas de mortalidad y alterando la distribución global. Lamentablemente, en entornos donde la aceptación de la vacunación ha disminuido, la enfermedad ha reemergido.²

En 1989, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica recomendó un calendario de dos dosis para inmunizar entre 5 y 20% de las personas que no habían respondido a la primera dosis de la vacuna. En México, la segunda dosis se introdujo a partir de 1992. Los datos de 2000 a 2016 indicaron una reducción de 87% en la incidencia anual reportada de sarampión, así como disminución de 84% en las muertes anuales asociadas a sarampión. En este periodo se

ha estimado que la vacunación contra el sarampión evitó aproximadamente 20.4 millones de muertes. En 2016 fue el primer año en que las muertes por sarampión en el mundo cayeron por debajo de 100,000; sin embargo, para el año 2019 se registraron 207,000 muertes, la cifra más alta reportada en más de 20 años. Además, tras el inicio de la pandemia de COVID-19, en enero de 2020, un número récord de niños omitieron al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión. Estimando que, para el año 2021, casi 40 millones de niños no recibieron una vacuna, y que se produjeron 9 millones de casos y 128,000 muertes en todo el mundo.³

Es importante señalar que la reemergencia de casos (actualmente se están registrando brotes) en los países de la región de las Américas era algo esperado, ya que en la mayoría no se había alcanzado la meta de 95% para la segunda dosis de la vacuna, de acuerdo con los datos registrados en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁴ (Figura 1).

CUADRO CLÍNICO

La enfermedad por sarampión se caracteriza por cuatro etapas: incubación, prodrómica, exantemática y de recuperación. La incubación es por un periodo de 6 a 21 días (mediana de 13 días); durante la misma, el virus ingresa a través de la mucosa respiratoria y conjuntiva generando la primera viremia. El virus se replica de manera local, se propaga a linfáticos regionales y lue-

Correspondencia: María Guadalupe Miranda Novales, E-mail: guadalupe.mirandan@imss.gob.mx

Citar como: Herrera-Falcón A, Miranda-Novales MG. Sarampión: crónica de una reemergencia anunciada. Rev Mex Pediatr. 2025; 92(1): 3-6. <https://dx.doi.org/10.35366/120761>



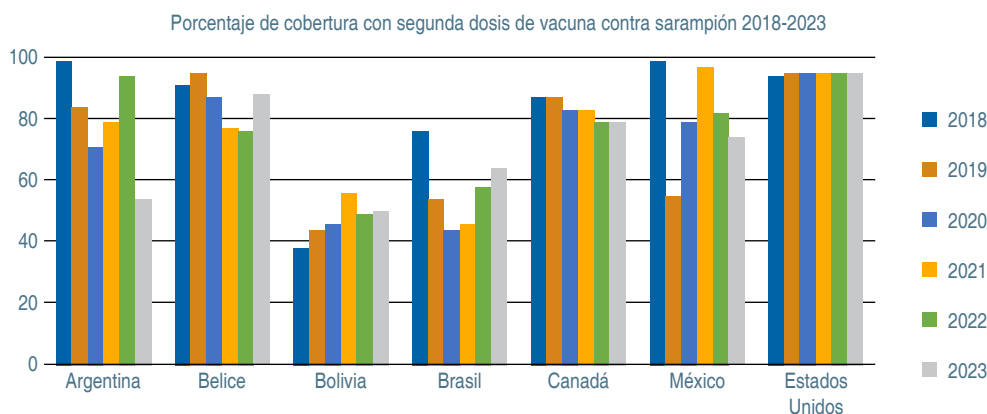


Figura 1: Cobertura de vacunación con una segunda dosis de vacuna contra sarampión en países de la Región de las Américas donde se han registrado brotes.

Fuente: UNICEF data Immunization.⁴



Figura 2: Imágenes de pacientes con sarampión. Erupción en tronco, cara y brazos.

go se disemina al sistema reticuloendotelial a través del torrente sanguíneo. La diseminación del virus con infección asociada de células endoteliales, epiteliales, monocitos y macrófagos explica la variedad de manifestaciones clínicas y complicaciones.

La etapa prodrómica dura de dos a cuatro días, en la cual hay malestar general, pérdida del apetito, conjuntivitis, coriza y tos. Puede producirse fiebre de hasta 40 °C. Los síntomas suelen intensificarse unos días antes de que aparezca el exantema. Un enantema característico denominado manchas de Koplik aparece 48 horas previas al exantema; son elevaciones blanquecinas, grisáceas o azuladas de 1 a 3 mm con base eritematosa, localizadas en la cara interna de las mejillas, y aunque se describen opuestas a los molares, pueden extenderse para cubrir mucosa bucal y labial, así como paladar duro y blando. Por lo regular duran de 12 a 72 horas y desaparecen con el exantema. El exantema se manifiesta de dos a cuatro días después del inicio de la fiebre. Se caracteriza por

una erupción eritematosa, maculopapular, que comienza en cara, con extensión cefalocaudal hacia cuello, tronco y extremidades, de manera centrífuga (*Figura 2*); rara vez afecta palmas y plantas. Al principio, las lesiones palidecen, en las etapas posteriores, la erupción puede incluir petequias y en casos graves hemorragia.

Si la fiebre se mantiene más allá del tercer o cuarto día de que inició la erupción, sugiere que hay una complicación asociada. Una vez remitida, inicia la recuperación, pero la tos puede persistir hasta dos semanas después de la enfermedad. El periodo de contagiosidad es de cuatro días antes y cuatro días después de la aparición del exantema.⁵

Las principales complicaciones son diarrea (la más común), otitis media, bronconeumonía, laringotraqueobronquitis (*crup*) y bronquiolitis. Los individuos en mayor riesgo de complicaciones son los menores de cinco años y adultos mayores de 20 años, embarazadas, sujetos con desnutrición grave y los pacientes con diferentes

grados de inmunocompromiso. El sarampión también se ha asociado con el desarrollo de bronquiectasias, que pueden predisponer a infecciones respiratorias recurrentes. La sobreinfección bacteriana puede ocurrir hasta en 5% de los casos. Las complicaciones neurológicas incluyen encefalitis, que aparece unos días después de la erupción, generalmente en el día cinco (rango de 1 a 14 días) y ocurre en uno de cada 1,000 casos de sarampión. La panencefalitis esclerosante subaguda, que se presenta muchos años después de la infección, tiene una frecuencia mucho menor (1 por 100,000 casos), pero es una enfermedad degenerativa, progresiva y mortal.⁶

Para establecer el diagnóstico en la etapa aguda se requiere una determinación de anticuerpos específicos IgM en suero, o bien, un aumento significativo de los anticuerpos IgG en dos muestras, una basal y la otra en el periodo de convalecencia. También se puede aislar el virus del sarampión en cultivo o detectar el material genético del virus mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR).⁶

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

No existe una terapia antiviral específica aprobada para el tratamiento del sarampión. La deficiencia de vitamina A retrasa la recuperación y contribuye al riesgo de complicaciones, como xeroftalmía y otras enfermedades oculares. Por ello se recomienda su administración en pacientes con alto riesgo de complicaciones, en particular a los menores de dos años.⁵

En el ámbito hospitalario, las personas no vacunadas o con antecedente incierto de vacunación no deben ingresar a la habitación de pacientes con sarampión sospechoso o confirmado. Las personas susceptibles expuestas deben ser excluidas del trabajo desde el día cinco hasta el día 21 después de la exposición. Debido a que el virus permanece suspendido en el aire hasta por dos horas, una vez que el paciente se ha retirado, la habitación no debe ser utilizada durante ese tiempo.⁷

VACUNACIÓN

La prevención se realiza con las vacunas triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis [SRP]) o doble viral (sarampión, rubéola). La eficacia contra sarampión con dos dosis alcanza 96%.⁸

Cuando existe un brote de sarampión (≥ 3 casos vinculados en el tiempo), los niños de 6 a 11 meses deben recibir una dosis de triple viral. Debe tenerse en cuenta que esta dosis no debe ser considerada como parte del esquema, por lo que posteriormente debe re-

cibir las dos dosis. Los niños ≥ 12 meses de edad deben recibir dos dosis separadas por al menos 28 días. Para los viajeros a zonas donde hay brotes de sarampión se deben asegurar que cuentan con dos dosis, y de lo contrario, completar su esquema, al menos, dos semanas antes del viaje.⁸

SITUACIÓN EN MÉXICO: JUNIO 2025

En México, el sarampión es una enfermedad de notificación obligatoria. En el boletín epidemiológico hasta el 13 de junio de 2025 se informó que se registraron un total de 2,181 casos, siendo Chihuahua el estado más afectado con 2,015 casos. Otros estados con casos son Campeche, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas. Hay un discreto predominio en mujeres (52.2%). El grupo etario con más casos es el de 25 a 29 años (14.5%), seguido del grupo de 30 a 34 años con 13.8%. Se han registrado cinco defunciones.⁹

Es importante destacar que 92.3% de los casos confirmados no cuentan con el antecedente de haber sido vacunados, mientras que 3.5% tiene una dosis de SRP, y solamente 4.2% tiene dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación.⁹

Por último, invitamos al personal de salud a reflexionar sobre nuestra obligación de informar y alertar a la comunidad sobre los datos sugestivos de sarampión para que, en caso de tener un niño o adolescente con sospecha, acudan a recibir atención médica y llevar a cabo un abordaje diagnóstico, enfatizando en que se trata de una enfermedad que puede tener complicaciones graves. Finalmente, ante la reemergencia del sarampión debemos revisar las cartillas de todos los niños que se encuentran tanto en localidades donde se han presentado casos como en las que no, con el fin de actualizar sus esquemas y asegurar que estén protegidos.

REFERENCIAS

1. Moss WJ. Measles. *Lancet*. 2017; 390(10111): 2490-2502. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31463-0.
2. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Measles in 2019-going backward. *N Engl J Med*. 2019; 380(23): 2185-2187. doi: 10.1056/NEJMp1905099.
3. Global Vaccine Action Plan. Decade of vaccine collaboration. *Vaccine*. 2013; 31 Suppl 2: B5-31. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.02.015.
4. UNICEF data Immunization. [Fecha de acceso 10 de junio, 2025] Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>

5. Hübschen JM, Gouandjika-Vasilache I, Dina J. Measles. *Lancet*. 2022; 399(10325): 678-690. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02004-3.
6. Cherry J. Measles. In: Cherry J, Harrison GH, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ, editors. *Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 1763.
7. Centers for Disease Control and Prevention; American Academy of Pediatrics. *Project Firstline: measles* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 13]. Available in: <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/ThinkMeasles-final.pdf>
8. Centers for Disease Control and Prevention. *Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases: measles* [Internet]. Atlanta: CDC; 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt07-measles.html>
9. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletín epidemiológico [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-387843>