

## ❑ **Sarampión: ¿Qué actitud se debe tomar con esta vieja enfermedad?**

### *¿Cuál es la epidemiología del sarampión en nuestro medio?*

El virus sarampión circuló libremente en nuestro país hasta la década del 70, con brotes epidémicos cada 3 a 4 años que afectaban alrededor de 70.000 pacientes.

En 1972 se introdujo la vacunación antisarampionosa en nuestro país, primero con estrategias de campaña y luego en forma de programa regular, lográndose una disminución drástica del número de enfermos.

En los últimos veinte años es importante destacar dos brotes epidémicos: el de 1984 y el de 1991, que nos han dejado varias enseñanzas con respecto al sarampión y nos han permitido plantear nuevas estrategias contra esta vieja enfermedad.

En 1984 hubo un registro oficial de 32.000 casos, con una incidencia de 105,4/100.000, mientras que la cobertura de vacunación global del país era del 79,4%. En ese momento, el esquema de vacunación era de dos dosis a los 9 y 15 meses de edad.

En este brote se observó un desplazamiento de la enfermedad hacia edades mayores, apareciendo casos en escolares, adolescentes y adultos jóvenes. De todas formas, es bueno recordar que la mayor incidencia y letalidad fue en los menores de 1 año y en el grupo de 1 a 4 años, en orden de frecuencia.

Este "corrimiento" es explicable desde el punto de vista epidemiológico, ya que, a medida que aumentan las coberturas de vacunación, el "riesgo" de padecer la enfermedad se desplaza y los afectados suelen ser niños de mayor edad.

Si el porcentaje de vacunación en un área es bajo, el virus circula libremente y no hay suficiente proporción de vacunados para que actúen como "barrera epidemiológica". Cuando las coberturas de vacunación se incrementan, tal como sucedió en 1984, los afectados suelen ser de mayor edad.

En 1991, luego de un período con un menor número de casos, estalla un brote de mayor magnitud que el de 1984, con 42.000 casos registrados y una incidencia de 172,8/100.000. La cobertura de vacunación era del 91,8%, con un esquema que

contemplaba una dosis única al año de vida.

¿Cómo es posible que estallara un brote de tal importancia con coberturas de vacunación mayores a las de años anteriores, y aun mayores que la de 1984?

Para lograr entender esto es importante analizar las causas probables de un brote de sarampión.

### *¿Por qué se producen los brotes de sarampión?*

Los brotes de sarampión se producen fundamentalmente por el interjuego de varios factores:

a) Falla primaria de la vacuna: La actual vacuna antisarampionosa a virus vivos superatenuados tiene una eficacia del 90 al 95%, de acuerdo a diferentes estudios. Este 5 a 10% de niños vacunados pero "no inmunizados" constituye un reservorio importante que favorece la circulación del virus y que, en la actualidad, se considera el factor que más incide en la aparición de un brote.

Si jugamos con los números, en el país nacen alrededor de 700.000 niños por año; si la cobertura fuera del 100%, los únicos susceptibles serían aquéllos que integran ese 5 al 10%, es decir, cerca de 35.000 a 70.000 niños, que no elevaron anticuerpos con este primer estímulo antigénico, aunque cuentan con el antecedente de vacunación.

Esta situación, ocurrida año tras año, explica la importancia de la falla primaria de la vacuna en el análisis de un brote.

b) Falla secundaria de la vacunación: Hay varios estudios que hablan de una pérdida de anticuerpos de alrededor del 10% luego de 10 a 15 años posvacunación, medida por técnicas de neutralización. En un reciente metanálisis efectuado por la Dra. Anders y col., esta falla secundaria sería de tan sólo un 0,2%.

En realidad (y esta situación se observa con otros agentes inmunizantes) los anticuerpos pueden no ser detectables pero cuando el niño se encuentra con el virus salvaje circulando ("booster natural") se produce un aumento de estos anticuerpos protectores a expensas de la subida de las IgG.

c) Cadena de frío: Es ampliamente reconocida la importancia del cuidado de la vacuna en todos

los eslabones de la cadena, desde la llegada al país, hasta su distribución en las provincias, departamentos y centros asistenciales, para su posterior aplicación.

En Argentina, hay una buena concientización en todo el equipo de salud sobre la necesidad del cuidado de la vacuna para que ésta no pierda eficacia.

**Coberturas de vacunación:** Según datos de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social, la cobertura de vacunación antisarampionosa para 1996 fue del 96,5%.

Dada la alta transmisibilidad del sarampión, se considera de riesgo a todo departamento con coberturas por debajo del 90%. Por otra parte, el dato es muy global, ya que debe tenerse en cuenta que en esta cobertura promedio están involucradas áreas con mayor cobertura que el promedio y otros verdaderos "bolsones de riesgo", centros precarios, casas tomadas, etc., poblaciones de bajo nivel socioeconómico, con coberturas mucho menores, debido a una menor accesibilidad al sistema de salud.

#### *¿En qué consiste el programa de eliminación de sarampión?*

Luego del brote de 1991 se comenzó a pensar en un cambio de estrategia con respecto al sarampión: ¿se trata de una enfermedad potencialmente erradicable?

Si tenemos en cuenta que el virus sarampión es de distribución universal, tiene como único reservorio al hombre, no hay portadores crónicos, su agente etiológico es un solo tipo de paramixovirus y, por otra parte, que tenemos un muy buen agente inmunizante, podemos pensar que su eliminación y posterior erradicación es posible.

Por otro lado, más allá de las características epidemiológicas del agente, no sólo la comunidad, sino todo el equipo de salud han adquirido la noción de la gravedad de esta patología, siendo fundamental esta concientización si se quiere pensar en erradicar una enfermedad.

Como estrategia para lograr la eliminación del sarampión, en 1993 se efectuó una campaña masiva de vacunación a fin de cortar bruscamente la circulación del virus en la población de 1 a 15 años (quienes actualmente tienen de 6 a 19 años).

A partir de ese momento, y con el objetivo de lograr la eliminación de esta enfermedad, cambió la visión clínica frente al paciente febril con exantema. Todo niño con fiebre de más de 38°C, exantema de más de 48 horas de evolución y triple catarro (nasal, conjuntival y bronquial) es sospe-

choso de padecer sarampión y en forma inmediata el pediatra debe notificar al área epidemiológica para efectuar el manejo de los contactos y la vacunación de "bloqueo". A su vez, debe apoyarse en el laboratorio de virología de referencia de su zona, a fin de certificar el diagnóstico (IgM antisarampionosa positiva) y descartar otras enfermedades exantemáticas como la rubéola.

Pero surge una pregunta: ¿el esquema de vacunación con una sola dosis es suficiente como soporte para este programa de eliminación?

La estrategia de usar una campaña masiva fue útil y beneficiosa pero tan importante como este punto debió haber sido el considerar un cambio oportuno del esquema: dos dosis de vacuna antisarampionosa, preferentemente triple viral, a fin de cubrir la falla primaria de la vacuna, causa importante y reconocida de brotes epidémicos.

#### *¿Qué características tiene el actual brote epidémico?*

Las áreas de mayor incidencia en este brote epidémico actual son, por el momento, Capital Federal y provincia de Buenos Aires (se han registrado algunos casos en Misiones y Bariloche). Según datos del Ministerio de Salud, se notificaron durante 1998, 387 casos, con una incidencia mayor en la población de menores de 1 año (34,6%), de 1 a 4 años (37,5%) y en adultos jóvenes de 20 a 40 años, sobre todo vinculados al trabajo docente o pertenecientes al equipo de salud.

Analizando hasta el momento el brote actual se pueden extraer algunas conclusiones:

- a) El grupo de 6 a 19 años casi no presenta casos de sarampión. Probablemente esta situación está dada porque este grupo etario recibió una segunda dosis de vacuna durante la campaña de 1993, lo cual evitó la falla primaria de la vacuna.
- b) Los grupos más afectados son los niños preescolares y especialmente los menores de 1 año. Los niños de 1 a 5 años (por su edad sólo tienen una dosis de vacuna antisarampionosa) y los menores de 1 año (sin vacunar) son contagiados fundamentalmente por adultos susceptibles de más de 20 años de edad que son, en realidad, los verdaderos reservorios de este brote. Estos adultos, grupos de riesgo por su actividad docente o sanitaria, han permanecido susceptibles a través de los brotes de 1984 y de 1991 y sólo han recibido una dosis de vacuna.

La actual campaña permitirá dar al grupo de preescolares su segunda dosis a fin de cubrir la falla primaria de la vacuna, elevar las coberturas,

bloquear la transmisión del virus salvaje y así intentar proteger a los menores de 1 año, grupo siempre de mayor riesgo.

*¿Qué debe hacer el pediatra frente a sus pacientes en su consultorio?*

Teniendo en cuenta los conceptos vertidos, el pediatra debe corroborar que:

- a) Los pacientes de 1 año reciban su primera dosis de vacuna triple viral.
- b) Los niños de 6 años reciban su segunda dosis de vacuna triple viral.
- c) Los pacientes de 2 a 5 años hayan recibido esta segunda dosis de antisarampionosa (campaña actual que es independiente de las dosis previas o de haber padecido sarampión).  
Si bien es cierto que podrían perfectamente recibir triple viral, es importante en el medio de una campaña no generar confusión entre los padres, lo cual puede redundar en la no aplicación de la vacuna.
- d) Los pacientes de 7 años o más deben tener dos dosis de vacuna antisarampionosa (la recibida al año de vida y en la campaña de 1993). Si no es así, completar con vacuna antisarampionosa o triple viral, según las posibilidades.
- e) Recordar que el equipo de salud y las personas vinculadas a la docencia son grupos de riesgo en el actual brote, por lo que deberán recibir una dosis adicional de vacuna antisarampionosa.

#### *Reflexiones finales*

El comportamiento del sarampión en nuestro país en la última década nos permite reflexionar sobre algunos conceptos.

Los esquemas de vacunación del país deben ser flexibles y dinámicos, los cambios deben acep-

tarse rápidamente según lo exija el análisis epidemiológico de la enfermedad.

La necesidad de una segunda dosis de vacuna antisarampionosa (como triple viral) ya había sido planteada en 1995, precisamente por la experiencia de otros países que la habían adoptado luego de atravesar brotes epidémicos, y por el análisis de los brotes en nuestro medio.

El desafío actual, con el nuevo esquema, es lograr con ambas dosis de vacuna (al año y a los seis años) coberturas cercanas al 100%. Si no es así y las coberturas al año de edad no son adecuadas, la dosis del ingreso escolar no podrá ser un refuerzo para cubrir la falla primaria de la vacuna, sino tan sólo una primera dosis, lo cual compromete la posibilidad de pensar en la eliminación y posterior erradicación del sarampión para el año 2000.

Las campañas son útiles para apoyar un programa regular pero tienen sus inconvenientes. Se corre el riesgo de vacunar sólo a los grupos con buen seguimiento, mientras que los de real riesgo (sin vacunar) no acceden a este tipo de estrategias.

Es necesario apostar a un programa regular con buena accesibilidad en todo el país, con educación para que la comunidad rescate la vacuna como un derecho que debe ejercer y no como una obligación que debe cumplir con amplia discusión y participación de todo el equipo de salud, a fin de lograr la erradicación de esta enfermedad.

*Dra. Angela Gentile*

Jefa Epidemiología Hospital de Niños  
"Ricardo Gutiérrez".

Prosecretaria Comité Infectología SAP

## **BIBLIOGRAFIA**

- Ministerio de Salud y Acción Social. Boletín Epidemiológico, 1994.
- Anders J, Jacobson R, Poland G, Jacobsen S, Wollan P. Secondary failure rates of measles vaccine: a metaanalysis of published studies. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:62-66.
- Markowitz LE, Katz SL. Measles vaccine. En: Plotkin SA, Martiner EA, eds. *Vaccines*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1994:229-276.
- Johnson C, Kumar M, Witwell J, Staenle B, Rome L et al. Antibody persistence after primary measles mumps-rubella vaccine and response to a second dose given at four to six vs eleven to thirteen years. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:687-692.
- Rota JS, Heath JL, Rota PA et al. Molecular epidemiology of measles virus: identification of pathways of transmission and implications for measles elimination. *J Infect Dis* 1996; 173:32-37.
- Güris D, Mc Cready J, Watson JC et al. Measles vaccine induced immunity in the absence of boosting from exposure to measles virus. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:1082-1086.
- Halsey P, Pickering M. *American Academy of Pediatrics. Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases*. 23° ed. Buenos Aires: Panamericana, 1997.