

Editorial

Dra. Elizabeth Castaño

Sarampión: Una epidemia prevenible.

El sarampión una enfermedad que en el siglo IX (860-932) fue descrita por el médico persa Muhammad ibn Zacariya al-Razi quien la diferenció de la viruela por sus síntomas y signos clínicos.

Fue introducida en las Américas en el siglo XVII por los colonizadores, no es hasta 1954 que J Enders y T. Peebles¹ logran el aislamiento del virus en la sangre y en secreciones de pacientes mediante la inoculación en cultivos celulares humanos y de simios, la primera cepa aislada fue denominada Edmoston con el nombre del primer paciente en que se aisló para la elaboración de una vacuna.

En la década de 1960 se creó una vacuna por Maurice R. Hilleman que además desarrolló ocho de las 14 vacunas recomendadas habitualmente: sarampión, paperas, hepatitis A y B, varicela, meningitis, neumonía y la bacteria *Haemophilus influenzae*. También desarrolló la primera generación de una vacuna contra la rubeola.

Para 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implanta el Programa Ampliado de Inmunización, PAI (Expanded Programme on Immunization, EPI), con el objetivo de hacer llegar la vacunación a los países en desarrollo; dicho programa incluye la vacunación de tuberculosis (BCG), difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis y sarampión.

A pesar de todos estos avances y de ver los efectos positivos con disminución de casos y muertes por enfermedades prevenibles por vacunas, una serie de circunstancias han promovido el rechazo y creación de grupos antivacunas en Europa, Israel, Estados Unidos, Australia y otras latitudes con campañas agresivas a nivel de televisión, radio y redes sociales por internet, aduciendo ideas filosóficas - religiosas (judíos ortodoxos, Amish), falta de eficacia, riesgos y consecuencias de la vacunación y otras como mercantilismo, poca transparencia de la industria.²

Esto ha llevado al aumento de la cantidad de susceptibles a enfermedades que estaban en vía de eliminación como el sarampión, difteria y otras, que ahora vemos su aparición por brotes y casos a nivel mundial.

Brotos

En Panamá no ha habido casos autóctonos desde 1996, en 2011 se reportaron 4 casos importados en la comunidad judía (adquiridos en un viaje a Polonia e Israel).

En el 2000 los Estados Unidos había declarado eliminado el sarampión endémico, pero desde el 2001 al 2008 se reportaron 38 brotes, siendo el 42% importado, el 74% de los casos estaban no vacunados y un 16% ignoraba si lo estaba o no.³

Para el 2011, más de 30 países europeos reportaron aumento de los casos de sarampión y Francia tuvo un gran brote. Desde el 2014-2018 el número de brotes en Estados Unidos aumentaron dándose en comunidades no vacunadas como la amish en Ohio o de judíos ortodoxos en Nueva York y Nueva Jersey.

El brote de sarampión en las Américas, causado por el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat. MYS/26.11 que se inició en Venezuela en 2017, se extendió a Brasil y Colombia en 2018 y posteriormente en Argentina, Chile, Ecuador y Perú, fueron identificados casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje.

En 2018, 12 países latinoamericanos reportaron casos de sarampión y solo 2 países (Venezuela y Brasil reportaron defunciones) y para 2019 (Costa Rica, Bahamas, Uruguay se agregaron a la lista).

Vacunación: Beneficios, indicaciones.

La vacunación contra el sarampión ha proporcionado grandes beneficios de salud pública, reduciendo la mortalidad mundial por esta causa en 75% entre 2000 y 2013. En el año 2013, aproximadamente 84% de la población infantil mundial recibió, a través de los servicios de salud habituales, una dosis de vacuna contra el sarampión cercano al año de vida. En el 2000, ese porcentaje fue de 73%. Se estima que entre los años 2000 a 2013, la vacuna contra el sarampión evitó 15,6 millones de muertes, lo que la convierte en una de las mejores inversiones en salud pública.⁴

La vacuna triple vírica (MMR) se trata de una vacuna de virus atenuados. Una dosis a los 12 meses de edad produce tasas de seroconversión superiores al 96 %, que prácticamente alcanzan el 100 % tras una 2ª dosis de la vacuna. El intervalo mínimo entre la primera y la segunda dosis es de 4 semanas. La inmunidad que proporciona la vacuna es de larga duración, probablemente de por vida. La segunda dosis es importante para obtener la inmunidad en el pequeño porcentaje que no responde a la primera dosis.⁵

Si se presenta un brote o hay niños de 6 meses de edad en adelante que viajará a países con sarampión se debe colocar la triple viral MMR por lo menos 2 semanas antes del viaje.

Recomendaciones de OPS y OMS para la prevención:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis.
- Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte.

- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas.
- Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados.

Referencia

1. Bonanni P, Santos JI. Vaccine evolution. Perspectives in Vaccinology 2011;1(1):1-24
2. Gómez Marco JJ, Zamanillo Rojo I. Grupos anti-vacunas. Análisis de sus causas y consecuencias. Situación en España y resto de países. Revista Clínica electrónica en Atención Primaria. 2011.
3. Gastanaduy PA, Redd SB, Clemmons NK et al. Measles in Vaccine Preventable Diseases Surveillance Manual. CDC National Center for Immunization and respiratory diseases. Atlanta. 2014.
4. Delpiano L, Astroza L, Toro J. Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. Rev Chilena infectol 2015;32(4): 417-432.
5. Albañil Ballesteros MR, Jiménez Alés R. Sarampión en Europa en el siglo XXI. Grupo de trabajo Patología Infecciosas AEPap. 2017.