



TABLE OF CONTENTS

**REEMERGENCIA DEL
SARAMPIÓN**

TIPS DE VACUNAS

NUESTROS CURSOS

Reemergencia del sarampión

*Por la Prof. Dr. Silvia González Ayala,
La Plata, Argentina.*

El sarampión es una enfermedad inmunoprevenible de reservorio humano exclusivo y por lo tanto pasible de control, eliminación y erradicación. La vacuna es altamente costoefectiva y ha reducido un 80% las muertes por esta enfermedad en el período 2000-2017.

La reemergencia del sarampión es un fenómeno global y ha aumentado en el presente año..

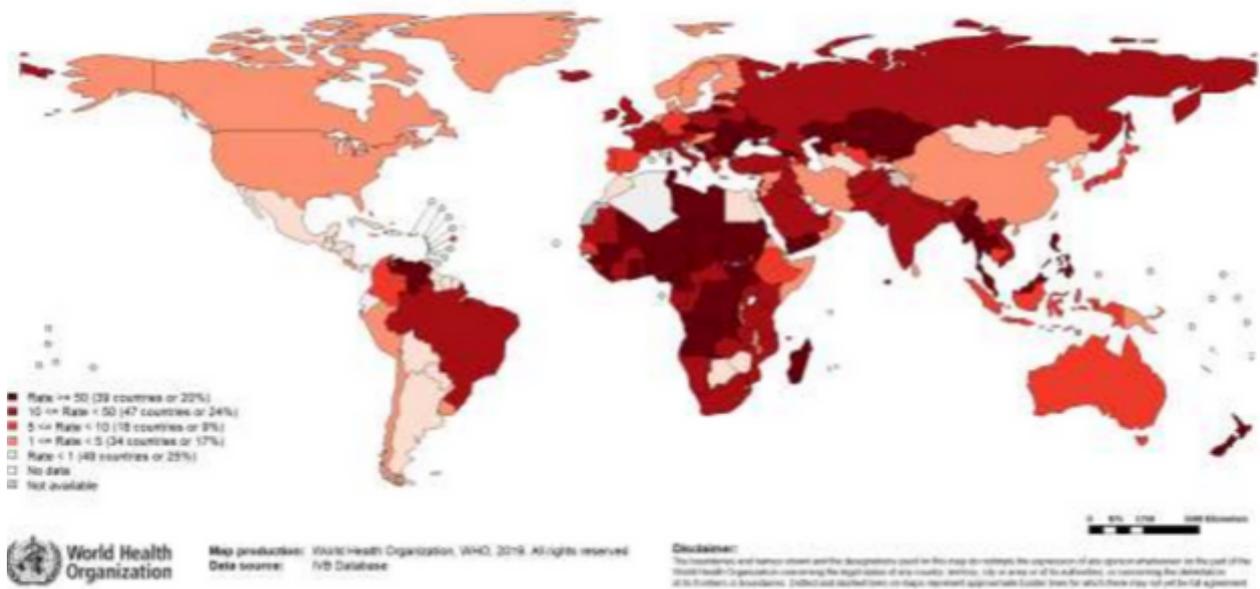


Figura 1. Incidencia de sarampión/ país, período julio 2018-junio 2019, Organización Mundial de la Salud, 12 agosto 2019

País	Nº casos	Incidencia
Madagascar	150.976	6.064,62
Ucrania	84.394	1.899,11
Georgia	4.950	1.261,02
República Macedonia del Norte	1.885	905,72
Kyrgiztan	905	491,63
Kazakhstan	9.430	525,25
Israel	4.982	486,09
Filipinas	45.847	443,74
Yemen	12.001	435,07
Bosnia Herzegovina	1.323	376,19
Nigeria	25.814	138,79
República Democrática del Congo	9.244	117,4
Brasil	10.241	49,32
Pakistán	8.644	44,74

Tabla 1. Países con las mayores tasas de incidencia/100.000 habitantes, período julio 2018-junio 2019, Organización Mundial de la Salud, 12 agosto 2019

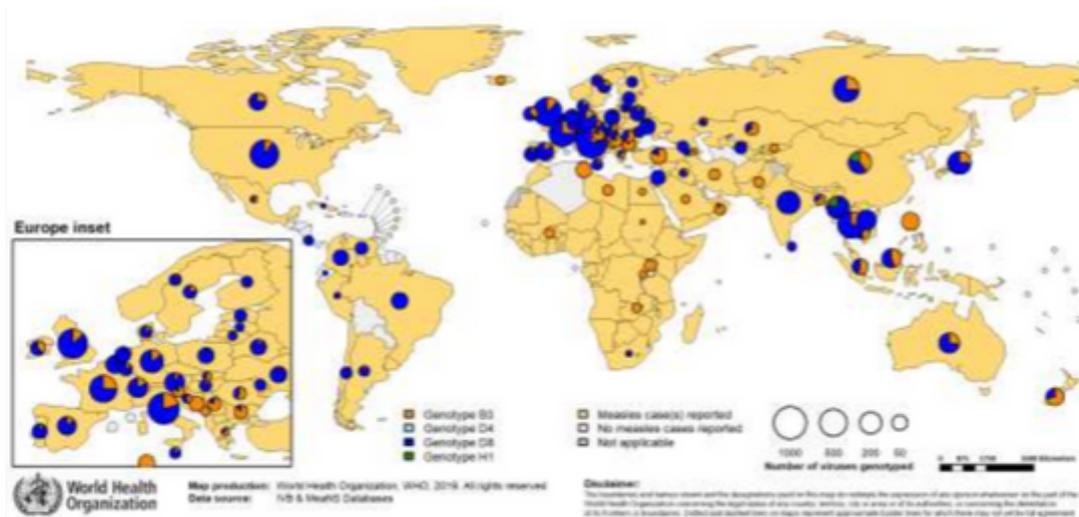


Figura 2. Distribución genotipos virus sarampión/país, período julio 2018-junio 2019, Organización Mundial de la Salud, 12 agosto 2019.

El continente americano es el único con la enfermedad eliminada desde agosto del año 2016. La distribución temporal de los casos/país, 2015-julio 2019 se presenta en la Figura 3.

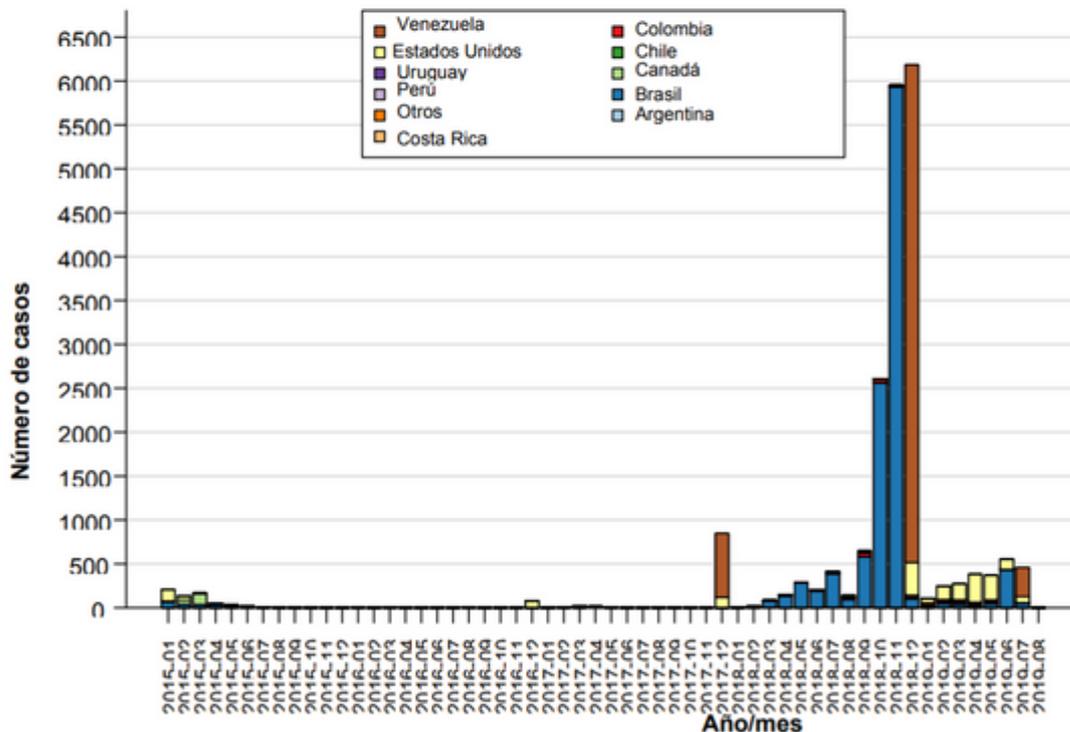


Figura 3. Distribución temporal/país de los casos confirmados de sarampión, período enero 2015-julio 2019, Organización Mundial de la Salud, 12 agosto 2019.



En Argentina, los últimos casos de sarampión endémico se registraron en el año 2000. A partir de la eliminación y hasta diciembre del año 2018 fueron confirmados 43 casos.

Este año, se confirmaron 6 casos de sarampión hasta el 04 setiembre 2019: 5 importados (Hong Kong, Brasil y Rusia) y uno relacionado a importación.

Los genotipos/linajes identificados son B3, D8 linaje MVi/Delhi.IND/01.14 y D8 linaje MVs/GirSomnath.IND/42.16 (ampliamente distribuido en Europa y Asia y en el brote de Nueva York).

Las epidemias que se produjeron fueron en 2010 (17 casos en Provincia de Buenos Aires, inicio asociado a importación post Campeonato Mundial de Fútbol de Sudáfrica); y, en 2018: tres brotes en la Ciudad de Buenos Aires, uno afectó también a la Provincia de Buenos Aires, total 14 casos en el Área Metropolitana.

Se considera brote la presentación de un caso, por ser una enfermedad eliminada.

En Brasil, al 28 agosto 2019, se han confirmado 2.331 casos (con un aumento del 38,7% en la última semana) y continúan en estudio 10.855 casos sospechosos. Circulan los serotipos B3 y D8. El Estado de San Pablo es el epicentro del brote con 2.457 casos (98% del total) confirmados y tres muertos (30 agosto 2019). Siguen en frecuencia: Santa Catarina (15), Río de Janeiro (12) Janeiro (12), Paraná (7), Pernambuco (5), y el Distrito Federal (3) y un caso en cada Estado: Bahía, Maranhão, Río Grande del Norte, Espírito Santo, Sergipe, Goiás y Piauí.

El grupo de edad más afectado en la ciudad de San Pablo es el de 25-29 años, seguido por el de 30-39 años, < 1 año y 10-14 años. Se han producido casos en miembros del equipo de salud con calendario de vacunación completo. Pero, la cobertura vacunal en el estado con la segunda dosis es del 74,7%. En el estado de Santa Catalina, es el grupo de 20- 29 años el que registra la mayor frecuencia, seguido por el de 10-14 años.

En Colombia se han confirmado 383 casos causados por el genotipo D8. La epidemia en Venezuela, que comenzó en el año 2017, continúa activa. Se confirmaron 727 en 2017, 5.779 en 2018 y 417 en 2019.



Al 29 de agosto 2019 se registraron 1.234 casos en 31 Estados de los Estados Unidos y epidemias focalizadas (más de tres casos) en el Estado de Nueva York (condados de Rockland y Wyoming) y en la ciudad de Nueva York (Brooklyn y Queens) y en El Paso (Texas). Las epidemias están relacionadas con viajeros que contrajeron la enfermedad en Israel, Ucrania y Filipinas, países en los que hay epidemias en curso.



En Canadá, hasta el 17 agosto 2019, se han notificado 88 casos confirmados en Quebec, Columbia Británica, Territorios del Northwest, Ontario, Alberta, Nueva Brunswick, Saskatchewan y Manitoba y está en curso un brote en el Gran Montreal.

Por otra parte, la epidemia en los países europeos ha determinado que algunos de ellos (Reino Unido, República Checa, Grecia y Albania) perdieran el estado de países libres de sarampión porque se ha reestablecido la circulación endémica (casos de sarampión por un período mayor a doce meses).

La causa de la reemergencia está determinada porque no se alcanzaron y mantuvieron coberturas vacunales >95% que son las que deben lograrse para sostener la eliminación y progresar a la erradicación.

En Argentina, debe agregarse que, en las Campañas de seguimiento periódicas para el grupo de edad 13 meses-4 años, ni en las de vacunación de la población en edad fértil (mujeres, 2006 y varones 2008-2009) no se logró la cobertura mínima >95%.

Las razones son varias: falta de liderazgo y políticas sostenidas en el subsector salud, bajo nivel de alerta de los miembros del equipo de salud en el primer nivel de atención (son veinte generaciones de egresados que no tuvieron oportunidad de asistir un caso), sensación de seguridad en la población (porque las últimas epidemias ocurrieron en 1997-1998 y focalizada en la ciudad de Córdoba en el año 2000), desconocimiento de la gravedad de la enfermedad, insuficiente información referida a que se requieren dos dosis administradas después del año de edad y que las personas nacidas a partir de 1965 deben cumplir con este calendario, temor a los potenciales efectos adversos a la vacunación porque no hay casos de la enfermedad, la negativa a vacunar por situaciones particulares (religión, hábitos de vida), noticias falsas y la acción de los grupos Antivacunas.

También se generan algunos interrogantes, ¿cómo se explica la presentación de casos en adolescentes/adultos con vacunación completa certificada?, ¿cuál es la cinética de los anticuerpos neutralizantes específicos ante la ausencia del efecto refuerzo de la exposición natural?, ¿ha sufrido modificaciones el virus sarampión debido la presión ejercida por la vacunación?



Recomendaciones

Ante la situación global y la posibilidad de reintroducción de la enfermedad en nuestro medio, se recomienda:

1- El ejercicio profesional individual:

- El control en cada consulta médica del Calendario de Vacunación (Libreta Sanitaria/Materno Infantil, Certificados): los niños entre 15 meses-5 años deben acreditar como mínimo una dosis de vacuna triple viral o dos (programa regular + campaña octubre-noviembre 2018, para el grupo de edad 13 meses-4 años). Los niños >5 años, adolescentes y adultos nacidos desde 1965 deben estar vacunados con dos dosis de vacuna triple/doble viral.
- La vacunación de las personas con riesgo aumentado por la actividad que desempeñan: personal de salud, turismo y transporte (hotelería, aeropuertos, pasos fronterizos, medios de transporte masivo urbano y otros), así como viajeros internacionales.
- La vacunación de los migrantes externos que residirán en forma transitoria por razones laborales y otras o permanente y de los migrantes internos.
- Vacunar con vacuna Triple viral a todo viajero sin antecedentes vacunales > 6 meses de edad al menos dos semanas antes de viajar a áreas con casos de transmisión de sarampión.

- La notificación inmediata se debe realizar ante la atención de un caso sospechoso de sarampión (persona con fiebre y exantema o que un trabajador de salud lo sospeche). Se toman en el lugar de atención o en el domicilio del paciente las muestras (orina, sangre y secreción respiratoria) para el diagnóstico etiológico; y, se indica el aislamiento del paciente (debe egresar con barbijo quirúrgico de la consulta en la cual se formuló el diagnóstico presuntivo). La notificación genera la intervención en salud de la autoridad local: la investigación epidemiológica (retrospectiva para conocer el lugar de exposición e identificar la fuente de infección y prospectiva para la detección temprana de casos secundarios), las acciones de bloqueo y el monitoreo rápido de cobertura vacunal en el área.

2- Instituciones de atención de la salud:

- Realizar el control del estado vacunal de todo el personal.
- Incorporar el registro rutinario del Calendario Vacunal en la Historia Clínica ambulatoria y de internación.
- Diseminar la información y elevar el nivel de alerta en el personal.

3- Autoridad sanitaria municipal:

- Reforzar el nivel de alerta en los efectores de atención primaria de la salud.
- Establecer el circuito asistencial tanto en el subsector público como en el privado para la toma de muestras y derivación al Laboratorio de Referencia Regional (Laboratorio de Virología del Hospital San Juan de Dios de La Plata) para el diagnóstico etiológico: en el centro asistencial o en el domicilio del paciente. Se debe evitar la derivación del paciente, para interrumpir la cadena de transmisión.

- Brindar respuesta inmediata ante la notificación del caso sospechoso con la investigación epidemiológica y las acciones de bloqueo.



Las autoridades sanitarias provincial y nacional deben:

- Intensificar las acciones de vacunación para lograr coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral en todos los municipios.
- Vacunar a las 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 (hotelería, aeropuertos, pasos fronterizos, medios de transporte masivo urbano y otros), así como viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna triple/doble viral, jeringas e insumos para las acciones de bloqueo ante la presentación de casos importados.
- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras o personas del mismo país que realizan actividad temporal en países con brotes en curso) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) dentro de cada país, incluyendo las poblaciones indígenas u otro grupo poblacional vulnerable, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el Calendario Nacional.
- Desarrollar y establecer un plan para vacunar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que alojan a estos grupos de población - Fortalecer la vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola para lograr la detección oportuna del caso sospechoso en los servicios de salud públicos, privados y de la seguridad social, para contener el riesgo mediante las acciones de investigación epidemiológica y bloqueo oportunas así como también asegurar que las muestras se reciban en el Laboratorio de Referencia Regional en los 5 días posteriores a la recolección y que los resultados de Laboratorio estén disponibles oportunamente.
- En situación de brote y en caso de no poder confirmar los casos sospechosos por Laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexos epidemiológicos, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en todas las áreas para detectar y responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.

- 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. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre los niveles nacional, provincial, regional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre ellos.

- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo hospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o de internación.

Lecciones que debieran ser aprendidas

La última epidemia nacional 1997-1998, se inició a partir de la asistencia de personal de la línea aérea brasileña en el Hospital de Ezeiza por miembros susceptibles del equipo de salud. En La Plata el caso índice y primario fue un estudiante avanzado de la carrera de medicina que concurría al citado establecimiento.

En el brote del año 2010, el caso índice fue un niño en el segundo año de vida que condujo al caso primario, un adulto procedente de Sudáfrica que había sido asistido e incluso permanecido internado y en quien no se sospechó la enfermedad.

Sin embargo, la situación se reiteró en el brote de la ciudad de Buenos Aires, marzo abril 2019 en el que el caso índice fue una lactante y la investigación epidemiológica oportuna permitió detectar la fuente de infección (turista argentino procedente del sudeste asiático, virus sarampión genotipo D8, linaje MVs. Osaka/ JPN/29.15).

Comentario

La eliminación del sarampión en nuestro país es un logro de todos y mantenerlo implica un profundo compromiso que debe expresarse en la calidad de la atención brindada y tiene implicancia no sólo en salud, sino que es moral y ético.

Debemos tener presente el decir del Profesor Ciro de Quadros, que “donde quiera que haya debilidades en las coberturas de vacunación, en la vigilancia o en el monitoreo y evaluación; donde quiera que quede una sola persona sin vacunar, donde quiera que se haga una campaña de vacunación sin compromiso y pasión por lograr los resultados, el virus siempre va a encontrar a esa persona”

Referencias bibliográficas:

https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_463_cuatrisesanal.pdf.

http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-devigilanciaepidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-darubeola-congenita-src/doc/2019/sarampo19_bolepid0608.pdf

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/21/BE-sarampo-18-21ago19-.pdf>

<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/929-boletim-epidemiologico-n01-2019-monitoramento-de-surto-de-sarampo-no-estado-de-santa-catarinaatualizado-em-17-de-agosto-de-2019>

<https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseasesconditions/measles-rubella-surveillance/2019/week-33.html>

<http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/europeanregion-loses-ground-in-effort-to-eliminate-measles>

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=49588-7-de-agosto-de-2019-sarampion-actualizacionepidemiologica-1&Itemid=270&lang=es