

## OTRA VEZ EL SARAMPION

Dr. Alberto César Manterola

En una Editorial de Medicina Infantil de septiembre de 1996<sup>1</sup>, al hablar de la eliminación del Sarampión en la Argentina, señalé algunas circunstancias epidemiológicas de la enfermedad, que podrían aumentar el número de susceptibles en la población y provocar epidemias periódicas.

Decía en esa oportunidad que a pesar de que las características epidemiológicas del Sarampión, (transmisión sólo de persona a persona, sin reservorio animal, inmunidad permanente, no quedan portadores y tiene una vacuna eficaz) favorecen la posibilidad de su eliminación, había otros mecanismos que podían llevar a la acumulación de susceptibles:

- 1) Falla primaria de la vacuna. Las vacunas disponibles tienen una eficacia del 95%, (en algunos estudios de campo esta eficacia se demostró algo menor).
- 2) Falla secundaria de la vacuna. En el 10% de los inmunizados los anticuerpos se pierden a los 10 años.
- 3) Nunca se alcanza una cobertura de vacunación del 100%.

Para superar ese aumento de susceptibles se utilizan en el mundo dos estrategias. La primera es aplicar una segunda dosis de vacuna a los niños en algún momento de la edad escolar, (esquema utilizado por la mayor parte de los países desarrollados)<sup>2</sup>.

La segunda estrategia consiste en hacer una campaña de vacunación masiva de los niños de 1 a 14 años, hayan sido o no vacunados previamente y luego seguir vacunando al año de vida en forma regular ; con vacunaciones de seguimiento des-

pués de un número variable de años, cuando el porcentaje de susceptibles estimado en la población de 1 a 4 años alcanza a una cohorte de nacidos en un año. Este esquema es el aconsejado<sup>3,4,5</sup> por la OPS y se aplicó con éxito en la mayor parte de los países latinoamericanos y de habla inglesa del Caribe. También se está comenzando a aplicar en otras regiones del mundo.

Hasta 1996 la evaluación de la estrategia de la OPS fue excelente, casi todos los países americanos habían disminuido los casos de Sarampión y en algunos la enfermedad había desaparecido. En 1997, en toda América se registraron sólo 2109 casos de la enfermedad<sup>6</sup>. Sin embargo en ese año comenzaron a aparecer casos de Sarampión en varios países.

La epidemia más importante se produjo en Brasil, en la ciudad de San Pablo y sus alrededores<sup>6</sup>. Las características de ese brote fueron peculiares, más de la mitad de casos fueron en adultos jóvenes de 20 a 30 años y con tasas de incidencia muy alta en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años.

El virus del Sarampión se propagó desde San Pablo a todos los demás estados de Brasil y a otros países como Paraguay y Argentina.

Los primeros casos en la Argentina se presentaron en la provincia de Misiones y estaban relacionados con los casos brasileños. Pero a partir de la mitad de 1997, comenzamos a experimentar un aumento paulatino del número de enfermos de Sarampión en las áreas de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, La Plata y Gran La Plata.

Si bien la proporción de adultos no fue tan alta como en San Pablo, tanto en la Capital Federal

como en la provincia de Buenos Aires el 16-17% de los casos tenía más de 20 años.

En los meses de Mayo y Junio de 1998, de acuerdo a lo aconsejado por la OPS, se realizó en todo el país una campaña de vacunación antisarampionosa de "seguimiento" a todos los niños de 2 a 4 años hubieran o no estado vacunados y a los niños de un año que no se hubieran vacunado previamente.

Como el brote se hacía cada vez más importante, se aconsejó a todos los niños que tenían una sola dosis la aplicación de una segunda. También se comenzó a vacunar a adultos menores de 40 años de algunas profesiones como trabajadores de la salud o de educación no vacunados o con una sola dosis antisarampionosa previa.

Los niños menores de un año fueron muy afectados; en algunas semanas el 50% de los casos tenían esa edad. La mortalidad fue elevada sobre todo en lactantes.

Como el brote tuvo el pico en invierno, algunos niños tuvieron infecciones concomitantes con otras infecciones virales y eso aumentó la mortalidad.

En el Hospital Garrahan la tasa de letalidad fue de 1.9 % entre enero y octubre de 1998, pero la de menores de un año ascendió a 2.5 %. En 34 casos comprobamos concomitancia con otros virus (influenza, adenovirus, virus sincitial respiratorio); de ellos fallecieron 10 (29 %).

Debido al alto número de casos de Sarampión en menores de un año, a partir de fines de Julio de 1998 se comenzó a aplicar una dosis de vacuna a los niños desde los 6 meses de vida.

Los cambios en la aplicación de la vacuna antisarampionosa y sus razones no siempre fueron claros para la población en general y tampoco para los profesionales de la salud, y crearon confusión. Además, la difusión a través de los medios masivos de comunicación de mensajes diferentes y aun contradictorios no contribuyó a la mejor comprensión del problema.

En Capital Federal y Provincia de Buenos Aires la epidemia está terminando (aunque sigue en otras provincias) y si bien todavía falta completar datos, se puede dirigir una mirada retrospectiva para intentar comprender las razones del brote.

El porcentaje y la incidencia de casos fueron bajos en el grupo de 5 a 19 años. Estos son los niños que recibieron vacuna antisarampionosa en la campaña masiva de 1993, (se vacunó de 1 a 14 años), que logró muy buena cobertura. Muchos de los niños recibieron en ese momento una segunda dosis, con lo que se evitará casi todas las fallas secundarias de la vacuna. Pero el alto número de casos de adultos jóvenes (especialmente 20 a 29 años) señala la realidad de muchas personas que nunca fueron vacunadas, o recibieron la vacuna una sola vez en la infancia y no quedaron inmunizadas o perdieron

la inmunidad a lo largo de los años; muchos de ellos no tuvieron oportunidad de contraer el Sarampión en edades menores (por la disminución total de los casos) y llegaron a los 20 años sin inmunidad.

El número de casos de niños de 1 a 4 años señala la acumulación de susceptibles por falla primaria de la vacuna y por falta de cobertura, a partir de 1993.

Lo más preocupante es la aparición de un alto número de enfermos entre los menores de 1 año. Es evidente, como se ha demostrado en varios lugares del mundo, que si una madre no tuvo Sarampión, haya sido o no vacunada, la cantidad de anticuerpos que transmite al recién nacido es mucho más baja o nula y los niños pueden ser susceptibles desde el nacimiento. Hemos tenido enfermos menores de un mes.

Aunque en todos los sectores se produjeron casos, los brotes más importantes tuvieron lugar en aquellas zonas con población de bajo nivel socioeconómico, donde predominan personas migrantes de algunas provincias argentinas y de países limítrofes. Es posible que en esos grupos la cobertura de vacunación fuese menor.

¿Esta conjunción de situaciones adversas podría haberse previsto y por lo tanto podrían haberse tomado medidas para que el brote de Sarampión no se produjera?

En el editorial de Medicina Infantil de 1996, consideré que dos políticas diferentes podían implementarse.

Una era hacer una campaña para vacunar a los niños de 1 a 4 años que no hubieran recibido ninguna vacuna. Esto implicaba llevar la vacuna lo más cerca posible del domicilio de las familias especialmente de las que por falta de accesibilidad cultural no vacunan habitualmente a los niños.

La otra política era implementar masivamente una segunda dosis de vacunación a los niños escolares.

Viendo estas políticas al finalizar el brote considero que las mismas no hubieran alcanzado para evitarlo, ya que no tenían en cuenta el problema del aumento de adultos jóvenes susceptibles y no hubieran modificado mucho el número de casos entre los menores de 1 año. Sin duda el número de casos podría haber sido menor pero el brote se hubiera producido igual.

De la misma manera tampoco considero que aplicar un año antes la vacunación de seguimiento de niños de 1 a 4 años (como aconsejaba la OPS<sup>7</sup>) hubiera evitado la epidemia, ni siquiera si esa campaña se hubiera completado con vacunación casa por casa de los sectores de bajo nivel socioeconómico. Siempre hubieran quedado los susceptibles mayores de 5 años y especialmente los de 20 años y más, y la falta de anticuerpos de los menores de un año.

Es posible que una vigilancia de la susceptibilidad de los distintos grupos etáreos en diferentes sectores de la población y una vacunación selectiva de los grupos en mayor riesgo (como aconsejaba una Reunión Internacional sobre Sarampión en 1997<sup>8</sup>) hubiera sido útil.

¿Y ahora ?

La cantidad de casos de Sarampión ocurridos, así como todas las vacunas que se han aplicado han disminuido el porcentaje de susceptibles en la población, por lo que puede esperarse que durante algunos años no tengamos nuevas epidemias en las áreas de Capital Federal, Gran Buenos Aires, La Plata y Gran La Plata; este tiempo debe ser aprovechado para desarrollar políticas que permitan llegar al objetivo de eliminación del Sarampión.

Considero que las acciones a implementar serían las siguientes:

- 1) Aplicar una dosis de vacuna antisarampionosa después del año de vida a todos los niños en forma de vacunación regular mediante la Triple viral, (antisarampionosa, antirubeola y antipapeas). Se debe insistir muy especialmente en que deben ser vacunados aquellos que recibieron una dosis contra el Sarampión antes del año, durante la epidemia.
- 2) Aplicar una segunda dosis de vacuna antisarampionosa (si fuera posible en forma de Triple viral) a los niños en edad escolar. Como es posible que muchos de los escolares ya hayan recibido 2 dosis, la vigilancia de los certificados debería hacerse cada año al ingreso escolar y asegurar así que los niños hayan recibido la segunda dosis. Esta política debe mantenerse también en la escuela secundaria y en las universidades, escuelas terciarias y profesionales, aunque la cobertura será cada vez menor, ya que se produce un desgranamiento escolar importante.
- 3) Realizar anualmente campañas de vacunación en aquellos lugares del país con alta proporción de familias con bajos niveles socioculturales y población migrante. Estas campañas deben llevar la vacuna lo más cerca posible de las viviendas de esas familias.
- 4) Vigilar la susceptibilidad de los adultos jóvenes para el Sarampión, mediante encuestas serológicas de distintos grupos de población, aprovechando las oportunidades de extracción de sangre que brindan los bancos de sangre, los exámenes preocupacionales y eventualmente toma

de muestras a ese sólo efecto. Los datos de esta vigilancia servirían para programar acciones de vacunación de adultos en los grupos con más riesgo.

- 5) Realizar investigaciones sobre inmunidad y susceptibilidad al Sarampión en mujeres embarazadas de 15 a 40 años, aprovechando los exámenes durante el embarazo y controlar la presencia de anticuerpos antisarampionosos en los recién nacidos de esas madres para conocer cuando desaparecen los anticuerpos en esos niños en relación a los de las madres. Los resultados de estas investigaciones podrían llevar a bajar, frente a la posibilidad del estallido de una epidemia, la edad de vacunación de nuestros niños, que actualmente es desde el año de vida. Como parte de esta investigación, estudiar la eficacia de la vacuna aplicada antes del año y en los distintos meses, relacionando estos resultados con los anticuerpos maternos.

Como un tema aparte, la epidemia de Sarampión en los adultos jóvenes debe hacer pensar también en políticas de control o eliminación de la rubeola. Si se repitieran las circunstancias que llevaron a la aparición de gran número de casos de Sarampión entre los 20 y 35 años, pero con casos de Rubeola se podrían producir un alto número de niños con Rubeola congénita, que es lo que se quiere evitar con la vacunación antrirubeólica.

Como comentario general quisiera destacar la necesidad de asegurar los beneficios de las vacunaciones, (de éstas que estamos comentando y de todas las que aparezcan en el futuro), a toda la población y no sólo a los que tienen buena accesibilidad cultural o económica.

## REFERENCIAS

1. Manterola A.C. Eliminación del Sarampión en la Argentina. *Medicina Infantil*. 1996, III: 138-139.
2. Peltola H., Heinonen O.P., Valle M. Et al. The elimination of Indigenous Measles, Mumps and Rubella from Finland by a 12 year, Two-Dose Vaccination Program. *N.E.J. of Med.* 1994, 331: 1397-1402.
3. OPS. Cono Sur: La Eliminación del Sarampión. *Bol. Informativo PAI*. 1995, XVII, 3: 1-2
4. OMS. Expanded Program on Immunization (EPI). Measles control/elimination initiatives in the Americas. *Weekly Epidemiological Report*. 1994, 69: 197-204.
5. De Quadros C.A., Olive J.M. Hersh B.S. et al. Measles Elimination in the Americas: evolving strategies. *JAMA* 1996; 275: 224-229.
6. OPS. Sarampión en las Américas. *Bol. Informativo PAI* 1997; 19,6: 1-2.
7. Measles Eradication: Recommendations from a Meeting Cosponsored by the World Health Organization, the Pan American Health Organization, and CDC. *MMWR* 1997; 46 (RR11): 1-20.
8. Advances in Global Measles Control and Elimination: Summary of the 1997 International Meeting. *MMWR* 1998 ; 47 (RR11): 1-23.