

## **Sarampión**

### **Introducción**

El sarampión es una enfermedad viral aguda altamente contagiosa de duración limitada y erróneamente considerada como benigna, producida por un solo tipo de paramixovirus, el morbilivirus. Aunque algunos primates pueden desarrollar esta enfermedad, el hombre es el único reservorio. Es una de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles que mayor mortalidad causa en el mundo. Antes de la vacunación generalizada, era una enfermedad común en la niñez, de manera que a los 20 años, más del 90% de la población había sufrido la infección. Se trataba de una enfermedad endémica que se presentaba en países templados y en grandes metrópolis y alcanzaba proporciones epidémicas cada 2-3 años, con un comienzo al final del invierno y un pico a mediados de la primavera. Los brotes de sarampión afectaban a menudo a una gran proporción de la población, con una alta tasa de letalidad. No obstante, gracias a los programas de vacunación eficaz de los niños, los casos de sarampión en la mayoría de países desarrollados disminuyeron en un 99% y por lo general se observan en niños de muy corta edad para haber sido vacunados, o más tarde, en grupos de mayor edad. Recientemente, se ha observado un ligero aumento de las tasas de sarampión, probablemente debido a un descenso de la tasas de vacunación.

### **Clínica**

El contagio se produce por tener contacto directo con el enfermo a través de sus secreciones respiratorias y probablemente también por el aire desde 2-5 días antes de la aparición de la erupción, hasta 4 días después de ésta. El periodo de incubación es de 10-12 días.

La enfermedad puede aparecer en todos aquellos que no lo hayan padecido o que no hayan sido vacunados después de los quince meses de edad, así como los niños muy pequeños que no tengan defensas transmitidas por la madre.

El sarampión se caracteriza por presentar fiebre elevada, cuadro catarral, conjuntivitis y la aparición de un exantema máculo-papuloso generalizado en la piel, precedido en un 50-80% de los casos, por manchas de Koplik. Estas manchas se aceptan como signos patognomónicos y se trata de lesiones de 1-2 mm en la cara interna de las mejillas, en forma de puntos blancos rodeados de un eritema a la altura del 2º molar. La enfermedad es más grave en los lactantes y en los adultos que en los niños. Las complicaciones pueden ser consecuencia de la replicación vírica o de una infección bacteriana sobreañadida, e incluyen infección del oído medio y/o bronconeumonía, laringotraqueítis (crup), diarrea y ocasionalmente encefalitis, que puede causar la muerte o dejar serias taras neurológicas.

En el caso de países subdesarrollados, la situación es más grave, llegando a desarrollarse casos de ceguera a causa de la desnutrición y subsiguiente deficiencia de Vitamina A, situación que contrasta con la queratitis sarampionosa en países desarrollados que es usualmente autolimitada y benigna, además la desnutrición puede predisponer a la superinfección corneal por virus del Herpes Simplex.

También como consecuencia del sarampión puede presentarse panencefalitis esclerosante subaguda, aun hasta después de 7 -10 años de haberlo padecido.

Además, durante el embarazo aumentan las posibilidades de aborto espontáneo o malformaciones.

### **Tratamiento**

No existe un tratamiento específico y los cuidados deberán ir encaminados a controlar los síntomas constantes de la enfermedad como son la fiebre y la tos. Se debe evitar el ácido acetilsalicílico y los jarabes con codeína en niños menores de 12 años, así como vigilar la aparición de posibles complicaciones fundamentalmente en los lactantes menores de un año. En éstos se observará diariamente la membrana del tímpano y se atenderá al desarrollo de complicaciones broncopulmonares. Los antibióticos se evitarán mientras no exista una razón válida que justifique su uso.

## **Prevención**

- 1- Educación de la población por parte de los departamentos de salud y médicos particulares: se deberá alentar la inmunización contra el sarampión en todos los lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes susceptibles.
- 2- Inmunización pasiva: La inmunoglobulina administrada en 6 días de la exposición puede brindar protección parcial o completa en personas en quienes la vacuna está contraindicada y a las personas no inmunizadas que se identifiquen después de las 72 h de la exposición al sarampión en familias o instituciones.
- 3- Inmunización activa: la vacuna de virus vivos atenuados es el agente de elección, y está indicada en todas las personas no inmunes al sarampión, salvo que existan contraindicaciones específicas. Una sola inyección debería inducir inmunidad activa en 95% o más de los sujetos susceptibles. Una segunda dosis de vacuna contra el sarampión puede incrementar los niveles de inmunidad hasta 99%. Por ello, se recomienda la administración de dos dosis con el fin de reducir el número de casos de ineficacia de la vacuna. La primera dosis se administra entre los 12 y los 15 meses de edad y la segunda, de refuerzo, en la edad prepuberal, a los 11-13 años. La vacuna se administra generalmente en combinación con las vacunas contra la parotiditis y la rubéola (triple vírica). La inmunización sistemática con la triple vírica a los 12 meses de edad es particularmente importante en zonas en que están presentándose casos de sarampión. En caso de brotes en la comunidad, puede adelantarse la inmunización a niños de 6 a 11 meses de edad, utilizando para ello la vacuna monovalente, tras lo cual se administrará una segunda dosis de la vacuna en la forma de triple vírica entre los 12-15 meses de edad, y una tercera en la etapa prepuberal.

## **Control del paciente, contactos y ambiente inmediato**

- 1- Notificación a la autoridad local de salud. La notificación temprana (en 24 h) permite combatir mejor cualquier brote.
- 2- Aislamiento: no es práctico en la comunidad general; los niños con sarampión no deben asistir a la escuela durante 4 días, por lo menos, después de la aparición de la erupción. En los hospitales, el aislamiento del tipo respiratorio desde que comienza la etapa catarral del período

prodrómico hasta el 4º día de la erupción reduce la exposición de otros pacientes de alto riesgo.

- 3- Cuarentena: no suele ser práctica. A veces es útil la cuarentena en instituciones, pabellones o dormitorios; conviene aislar estrictamente a los lactantes si se presenta un caso de sarampión en alguna institución.
- 4- Inmunización de contactos: la administración de vacunas de virus vivos, si se hace en el término de 72 h después del contacto, puede brindar protección. Puede utilizarse inmunoglobulina hasta 6 días después de la exposición, en el caso de contactos susceptibles en el hogar o de otros contactos en quienes sea muy grande el riesgo de complicaciones (en particular contactos menores de 1 año de edad, embarazadas o individuos inmunodeficientes), o en quienes está contraindicada la vacuna antisarampionosa. La vacuna de virus vivos debe administrarse 6-7 meses más tarde a las personas para quienes no está contraindicada la vacunación.
- 5- Investigación de los contactos y de la fuente de infección: se debe localizar e inmunizar a los contactos susceptibles expuestos para limitar la propagación de la enfermedad. Se desconoce la existencia de portadores.

#### **Vacunas comercializadas en España**

- Monovalente:
  - o **AMUNOVAX (1 VIAL LIOF+1 VIAL DIS)** (AVENTIS PASTEUR MSD).
  - o **RIMEVAX (1 VIAL 0.5 ML)** (GLAXO SMITHKLINE).
- Trivalente:
  - o **PRIORIX (1 VIAL LIOF+JER PREC)** (GLAXO SMITHKLINE).
  - o **TRIVIRATEN (1 VIAL 1 DOSIS)** (BERNA BIOTECH ESPAÑA ).
  - o **VAC TRIPLE MSD (1 VIAL LIOF+1 VIAL DIS)** (AVENTIS PASTEUR MSD)