

30 Aniversario del Programa Nacional de Vacunación contra sarampión en México. Los grandes beneficios y los riesgos potenciales

José Luis Valdespino-Gómez,* María de Lourdes García-García*

Recepción versión modificada: 5 noviembre de 2003 aceptación: 12 de mayo de 2004

El sarampión continúa representado una causa importante de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente se presentan 800 mil defunciones por esta causa y una de cada tres muertes por enfermedades evitables por vacunación en niños es causada por esta entidad viral. Los países de la región Subsahariana en África y algunos de Asia, son los que concentran la mayor parte del problema.¹ En este trabajo se describen brevemente los principales hitos en México sobre el control de sarampión que llevaron a la disminución en el número de casos en años recientes. A continuación se presentan los aspectos epidemiológicos más importantes relativos al reciente brote ocurrido en 2003 y 2004 (hasta marzo) y las estrategias de control que han sido adoptadas por las autoridades sanitarias. Finalmente se discuten los beneficios y posibles riesgos que conlleva la vacunación masiva en niños y adultos. En particular se discuten los aspectos relacionados con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En México durante los primeros setenta años del siglo XX, el sarampión fue una de las principales causas de enfermedad y muerte a nivel nacional. En 1960 se iniciaron acciones de vacunación contra esta causa. Sin embargo, no fue sino hasta 1973 cuando se inició formalmente el Programa Nacional de Inmunizaciones en México. En este año se aplicaron 3.6 millones de dosis de esta vacuna.²

Diez años después se reforzaron las acciones intensivas a través de las Campañas Nacionales de Vacunación contra Sarampión. En 1983 se vacunaron seis millones de niños menores de cuatro años a nivel nacional. De 1986 a 1990 las campañas se denominaron FIAVAS

(fase intensivas de vacuna antisarampión). A pesar de todos estos esfuerzos, entre 1989 y 1990 se presentó una epidemia con más de 84 mil casos. Para contener este brote que afectaba también escolares se inició la vacunación masiva en este grupo.² Posteriormente se incorporó al esquema de inmunizaciones en México la revacunación a los seis años de edad.

En 1991, se creó el Programa de Vacunación Universal, el cual atendía los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, realizada en septiembre de 1990 y como decisión de política sanitaria.²

Merced al programa de vacunación universal se lograron resultados muy importantes para el control de las enfermedades prevenibles por vacunación. Estas acciones brindaron protección inmunológica contra el sarampión en preescolares y escolares a nivel nacional (independientemente de su condición social, económica o geográfica) Debido a ello, desaparecieron las defunciones y los casos por esta enfermedad, de manera particular durante el último lustro del siglo pasado.

Sin embargo en el 2000 y nuevamente a partir de 2003 se reintrodujo el virus silvestre de sarampión. En esta última ocasión se originó por la introducción de una cepa asiática, genotipo H1. La retransmisión produjo la aparición de casos clínicos. El sistema de vigilancia epidemiológica ha confirmado hasta ahora 44 casos en 2003 y 64 en 2004; los primeros enfermos ocurrieron en el mes de abril de 2003 y los más recientes en abril de 2004. De los casos confirmados en 2004, 43 correspondieron al Distrito Federal, 15 al estado de México y tres al de Hidalgo.³ Los brotes fueron controlados y no ha ocurrido ningún caso fatal.

www.medigraphic.com

*Académico Numerario, Investigador en Ciencias Médicas F del Instituto Nacional de Salud Pública

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Luis Valdespino-Gómez. Jalapa 196, Col. Roma, 06725 México, D. F. correo electrónico: jvaldep@insp.mx

La presentación de casos de sarampión ocurre aun en condiciones de control adecuadas. Por ejemplo, en Estado Unidos se han documentado brotes de sarampión con un número limitado de casos y sin defunciones en los últimos cinco años.⁴ Su identificación en México es, por lo tanto, un fenómeno hasta cierto punto esperado. Por otro lado, la identificación y confirmación de los casos son el resultado del éxito de la vigilancia epidemiológica.

El examen de la distribución por edad de los casos muestra que solamente una quinta parte de los 64 casos correspondieron a preescolares y escolares que son el grupo blanco de los programas de vacunación rutinaria. Una sexta parte correspondió a menores de 12 meses, edad en la que los infantes teóricamente están protegidos por los anticuerpos transferidos por la madre. La mitad de los casos confirmados correspondieron a adolescentes y adultos.³

Esta distribución es consecuente con los reportes de altas coberturas de vacunación en preescolares y escolares. Sin embargo señala la necesidad de revisar la persistencia de la inmunidad contra sarampión conferida por la vacuna en la cohorte de adultos mexicanos. La falta de persistencia de inmunidad explica la presentación de casos en recién nacidos hijos de madres que carecen de inmunidad o que tenían títulos de anticuerpos bajos y que por tanto dieron origen a infantes sin esta protección o con una protección más breve. El elevado número de casos en adolescentes y adultos también se explica por la duración relativamente limitada de la inmunidad conferida por el virus vacunal en comparación con el virus silvestre.

En salud pública la experiencia muestra cómo frecuentemente la humanidad ha sido víctima de sus propios éxitos. Las características de este brote confirman dicha observación. Los programas de vacunación de los últimos años impidieron el contacto de los mexicanos que ahora son adolescentes y adultos jóvenes con el virus silvestre del sarampión. Dado que la vacunación no confiere inmunidad permanente sino temporal, se plantea la necesidad de revacunaciones.

Por lo antes señalado, nos parece justificada la medida implementada por la Secretaría de Salud de iniciar campañas de vacunación contra sarampión, en las comunidades con transmisión de sarampión en diferentes grupos poblacionales, incluyendo a individuos adultos con vacuna doble viral (Sarampión y rubéola). En el boletín de prensa de la SSA se señalan los grupos de adultos que recibirán la vacuna: "...los trabajos de turismo, tianguis, mercados, sexo comercial, de salud, del magisterio y alumnos de secundarias, preparatorias y profesionales que vivan o laboren alrededor de las áreas de riesgo".⁵

Sin embargo es necesario tomar en cuenta que la vacunación contra sarampión en adultos además de los beneficios, puede implicar algunos riesgos entre otros, la coexistencia de infección por el virus de la inmunodeficiencias humana.

La Secretaría de Salud estima que la prevalencia de infección por VIH en población adulta en general es de 0.3%.⁶ Esta cifra es más elevada en grupos con prácticas de riesgo, como por ejemplo trabajadores sexuales.

¿Cuál es la postura de los organismos internacionales y nacionales sobre la vacunación contra sarampión en VIH positivos?

La OMS y UNICEF en 1996 señalaron sus recomendaciones en niños con sospecha de infección por VIH. Estos sujetos tienen un riesgo mayor de padecer sarampión grave por lo que se recomienda la vacunación a los seis meses con una dosis adicional a las recomendaciones generales de vacunación a los nueve meses. No han establecido sus recomendaciones particulares en adultos porque no es un grupo prioritario a nivel mundial.⁷

Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en sus publicaciones en 2002, señalan que los niños, adolescentes y adultos infectados por VIH tienen un mayor riesgo de padecer sarampión complicado por lo que la recomendación es vacunar con triple viral a los infectados por VIH, que no tengan evidencias de inmunosupresión grave.^{8,9}

La Norma Oficial Mexicana de la SSA sobre inmunizaciones publicada en 2003, señala recomendaciones semejantes a las ya descritas por los CDC en relación a la vacunación con triple viral en niños. En ellas no se recomienda suministrar la vacuna a personas con inmunodeficiencias excepto infección por VIH en estado asintomático.¹⁰ De manera semejante, en la Norma respectiva relacionada a VIH y SIDA se contraindica la vacuna triple viral en niños sintomáticos o con inmunodeficiencia grave. En cambio en el caso de adultos infectados se contraindican todas las vacunas virales vivas.¹¹

En la literatura internacional se han documentado dos casos graves atribuidos a la vacunación por sarampión en sujetos VIH positivos.

El primero es un caso en Estados Unidos en un individuo de 21 años de edad VIH positivo, el cual recibió su segunda dosis de vacuna contra sarampión en la universidad. De manera retrospectiva, se precisó que tenía un conteo de linfocitos CD4 de 10/ μ L. A los dos meses de recibir la vacuna contra sarampión, desarrolló neumonía por *P. carinii*. Un año después, se encontraron en una biopsia trasbronquial, células gigantes multinucleada. Asimismo, se aisló virus de sarampión cuya genotipificación correspondió a la cepa vacunal. El paciente falleció como consecuencia del cuadro pulmonar a los 15 meses de haber recibido la vacunación. Este paciente nunca presentó exantema.¹²

El segundo caso de sarampión por cepa vacunal ocurrió en un niño infectado por VIH en el Reino Unido. Este niño desarrolló un cuadro de sarampión posterior a la vacunación con triple viral. La caracterización del virus de sarampión correspondió a la cepa vacunal.¹³

En síntesis podemos señalar que la vacunación contra sarampión en infectados por VIH es recomendable siempre y cuando el individuo esté asintomático y no tenga evidencia de inmunodeficiencia por métodos clínicos o de laboratorio. La aplicación de la vacuna de sarampión de manera masiva en poblaciones adultas con prevalencia de infección por VIH mayores que las observadas en niños ofrece importantes beneficios aunque riesgos potenciales. Debe señalarse que estos riesgos son prevenibles cuando se identifican los sujetos en quienes está contraindicada la vacunación.

En nuestro medio, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2000, la mayoría de los adultos infectados por VIH desconocen su condición de infectados. Adicionalmente en nuestro medio solamente una proporción de las personas que se saben infectadas, se realiza determinaciones de laboratorio de manera rutinaria que les permite conocer la evolución del estado de su infección por VIH y el grado de inmunodeficiencia.¹⁴

La vacunación contra sarampión en México indudablemente ha tenido un impacto favorable en mejorar la salud de los niños en México. Las decisiones en salud pública se toman maximizando los beneficios y minimizando los riesgos. El escenario ideal sería aquel en que la población conociera su condición de infección por VH y las personas que viven con el VIH/SIDA se realizaran exámenes de laboratorio rutinarios que les permitiera conocer su estado inmunológico y la etapa de la infección. Adicionalmente, las normas vigentes de la Secretaría de Salud y la medida de control del brote actual tienen aparentes contradicciones en relación a la vacunación en adultos infectados por VIH.

Este comunicado tiene como propósito reconocer los beneficios del Programa Nacional de Vacunación contra el sarampión en su 30° aniversario en México, como un justo homenaje a quienes contribuyeron con esta importante acción. Al mismo tiempo busca difundir información para la toma de decisiones más apropiadas y alertar a la comunidad médica nacional sobre el riesgo potencial de su procedimiento que ha ofrecido tantos beneficios.

Referencias

1. World Health Organization. Fifty Sixth World Health Assembly. Reducing Global Measles Mortality. Geneva, Switzerland: WHO;2003.
2. **Escobar GA, Valdespino JL, Sepúlveda J.** Vacuna, ciencia y salud. México: Secretaría de Salud;1992.
3. DGE/CENSA. Prevención y vigilancia epidemiológica del sarampión en México. México: Bol Epidemiol 2003(20);31:1-3.
4. OPS. Washington, D.C., USA: Bol Semanal Sarampión 1999-2004. pp. 5-10.
5. SSA. La Secretaría de Salud intensifica acciones de prevención y contra del sarampión. México: Comunicado de prensa;2003. p. 188.
6. SSA CONASIDA. Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. México:2002.
7. World Health Organization. Immunization policy. Geneva, Switzerland: WHO document SHO/EPI/GEN/95.03, 1996.
8. CDC. General Recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Physician (AAFP) MMWR 2003;51(RR02);1-36.
9. CDC Recommended Adult Immunization Schedule. United States, 2002-2003 MMWR 2002;51:904-908.
10. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA-2. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. 2003.
11. SSA. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993. Para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana; 2000.
12. CDC. Measles pneumonitis following measles-mumps-rubella vaccination of a patient with HIV infection: 1993. MMWR 1996;45:603-606.
13. **Goon P, Cohen B, Jin L, Watkins R, Tudor-Williams G.** MMR vaccine in HIV-infected children- potential hazards. Vaccine 2001;19:816-819.
14. **Valdespino JL, García ML, Palacios M.** Long term obligations to human subjects in clinical trial. JAMA 2000;283(8):960-961.