

EL SARAMPIÓN EN LAS AMÉRICAS, 1960-1989¹

Jean Marc Olivé,² Ciro de Quadros² y Carlos J. Castillo S.²

Las epidemias cíclicas de sarampión que se manifestaban cada dos años en los países de las Américas se interrumpieron en 1963, año en que se introdujo el uso de la vacuna antisarampionosa y comenzó a observarse una reducción de la morbilidad por esta enfermedad. El próximo paso importante en esa dirección se tomó en mayo de 1974, cuando se estableció el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) mediante la Resolución WHA27.57 de la Asamblea Mundial de la Salud. La implantación del PAI en nuestra Región fue aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1977. El Programa creó un marco apropiado para intentar reducir la incidencia del sarampión en 90%, evitar las muertes por esa causa y aumentar la cobertura de los niños en zonas de alto riesgo.

Aunque varios países han fijado fechas límite para la erradicación del sarampión, esto todavía no se ha logrado. Algunos países con coberturas de vacunación que exceden de 70% continúan sufriendo brotes epidémicos. El subregistro de casos y defunciones en la mayoría de los países impide conocer exactamente el alcance de la enfermedad, pero con los datos disponibles en la OPS e informes de países se puede hacer un análisis somero de sus tendencias en el período de 1960 a 1989.

A menos que se documenten con alguna referencia, los datos que aparecen en este análisis corresponden a información enviada anualmente por los países a la OPS.

Tendencias subregionales

Hasta principios del decenio de 1960, la notificación anual de los casos de sarampión mostró un patrón bienal característico de 600 000 casos en promedio y tasas de incidencia superiores a 150 por 100 000 habitantes. Con la introducción de la vacuna antisarampionosa en América del Norte en 1963 y en América Latina en 1968, se observó por primera vez una disminución gradual del número de casos, de 649 522 en 1960 a 303 808 en 1976. La implantación del PAI en 1977 generó una segunda ola de disminución de casos y en 1989 se notificaron 105 617 casos (15,2 por 100 000), lo que representó un descenso de 65% desde 1976.

¹ Resumen del documento "Sarampión en las Américas: revisión de la situación de los últimos 30 años" (EPI/TAG8/90-9), presentado a la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI para la Erradicación de la Poliomielitis, celebrada en México del 19 al 22 de marzo de 1990.

² Programa Ampliado de Inmunización, Programa de Salud Materno-infantil, Organización Panamericana de la Salud.

Esta disminución es el fruto de los esfuerzos realizados para aumentar la cobertura de los niños menores de 2 años, que en América Latina se incrementó de 33 a 65% entre 1978 y 1989. Como consecuencia, los períodos interepidémicos se han prolongado, especialmente desde 1985, cuando varios países iniciaron la estrategia de jornadas nacionales de vacunación. La tendencia general de las tasas de sarampión es descendente, en particular la de mortalidad.

América del Norte. En los Estados Unidos de América, el sarampión fue una de las enfermedades más comunes de los niños desde la época colonial hasta mediados del siglo XX. En los años cincuenta se registraban promedios anuales de más de 500 000 casos. Con el uso generalizado de la vacuna, su incidencia disminuyó en 99%. Ante este éxito, en 1978 se estableció el Programa de Eliminación del Sarampión, cuyo objetivo era eliminar la transmisión autóctona de la enfermedad en el país para octubre de 1982. El Programa tenía tres componentes: mantener un alto nivel de inmunidad, vigilar cuidadosamente la epidemiología del sarampión y controlar agresivamente los brotes. Como resultado, en 1983 se registraron solo 1 497 casos (0,6 por 100 000 habitantes). Sin embargo, en 1986 el número de casos ascendió a 6 282 y en 1989, a 14 574 (1).

Se aduce que las razones que han impedido eliminar el sarampión en los Estados Unidos son: fallos en la ejecución de la estrategia propuesta (en ciertas zonas donde un gran número de niños de edad preescolar permanecen sin vacunar) y fallos de la vacuna (en años recientes, entre 49 y 65% de los casos en menores de 2 años se presentaron en niños vacunados). A pesar de haberse comprobado que la vacuna es eficaz en 95% de los niños de 15 meses de edad, es posible que su eficacia sea más baja en los que se vacunan entre los 12 y 14 meses.

Se ha observado que el sarampión afecta cada vez más a grupos de mayor edad. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) han revisado esta nueva situación y recomiendan emplear un esquema de dos dosis de vacuna, aplicando la segunda entre los 4 y 6 años de edad para reducir la susceptibilidad de niños próximos a iniciar su vida escolar. Asimismo recomiendan aplicar la primera vacunación a la edad de 9–12 meses en zonas urbanas de alto riesgo, para proteger a los niños antes de que entren en contacto con la enfermedad (2).

En el Canadá, las tasas fueron semejantes a las de los Estados Unidos antes de introducirse el programa de vacunación y se redujeron considerablemente con la vacuna, pero se han mantenido invariablemente más altas que en los Estados Unidos. En 1969–1979 se notificaron 129 muertes por sarampión, de las cuales 22% se produjeron en lactantes, 60% en menores de 5 años y 75% en menores de 10 años.

En 1980, el Comité Nacional Asesor sobre Inmunización y la Sociedad Canadiense de Pediatría recomendaron fijar el objetivo de eliminar el sarampión siguiendo el modelo del programa estadounidense, pero no se estableció ninguna fecha para el cumplimiento de la meta.

Caribe de habla inglesa. El sarampión tiene características endémicas en los 19 países de esta subregión, pero disminuyó notablemente en los años ochenta, de 8 897 casos en 1982 a 1 546 en 1988. En ese último año, dos países no notificaron casos y 9 países notificaron menos de 10 cada uno. A partir de 1982, todos los países incorpo-

raron la vacuna antisarampionosa en las actividades del PAI y en 1988 se había logrado una cobertura de 71%. Los ministros de salud de la zona resolvieron eliminar la transmisión autóctona del sarampión para 1995. La experiencia que esta iniciativa aporte será de gran importancia para los planes futuros de la OPS en cuanto al control del sarampión en la Región.

En esta zona del Caribe se está usando cada vez más la vacuna triple viral (contra sarampión, parotiditis y rubéola), conforme a las recomendaciones de la VII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI, y recientemente se llevó a cabo la vacunación en masa de toda la población de 12 meses a 15 años de edad.

México. Antes de la introducción de la vacuna antisarampionosa, las epidemias en México seguían el patrón bienal ya mencionado, con variaciones similares en las tasas de mortalidad. Se estima que en la década de los sesenta solo se registraba 3% de la incidencia real, lo que da una idea de la magnitud de la epidemia que azotó al país en 1964, en la que se notificaron 73 180 casos (3). Las campañas de vacunación en masa en 1973 iniciaron el descenso de la morbilidad y mortalidad. Tres años más tarde se adoptó la estrategia de vacunación institucional regular, que contribuyó a prolongar los períodos interepidémicos. Para 1978 y 1979 las medidas intensivas solo se utilizaban en lugares de alto riesgo.

En 1986 se organizó la primera "fase intensiva ampliada de vacunación antisarampionosa" (FIAVAS) modelada en la experiencia de las jornadas nacionales de vacunación antipoliomielítica. Con las FIAVAS se pusieron en ejecución dos tácticas básicas: inclusión de localidades con menos de 500 habitantes y prioridad de vacunación de los niños de 1 y 2 años de edad. Estas fases permitieron reducir la incidencia del sarampión a menos de 5 por 100 000 en 1987 y 1988. En 1989 se presentó una epidemia que afectó a 19,5 por 100 000 habitantes, pero aun así puede considerarse reducida en comparación con la de 1985 que tuvo una tasa de incidencia de 30 por 100 000.

Caribe latino. En 1963, la incidencia del sarampión en Cuba, Haití y la República Dominicana llegó a 105 por 100 000. Los picos epidémicos bienales persistieron hasta 1971, año en que se introdujo la vacuna en las provincias orientales de Cuba, desde donde se extendió su cobertura al resto del país. Bajo la égida del PAI, que se estableció en Cuba en 1977, en la República Dominicana en 1978 y en Haití en 1982, las tasas de incidencia mostraron una clara disminución.

La tendencia descendente en esta subregión se debe en gran parte a las actividades del programa en Cuba, país que en 1986 se comprometió a eliminar el sarampión para 1990. Desde octubre de 1986 a febrero de 1987, Cuba llevó a cabo una vacunación en masa de todos los habitantes de 1 a 14 años de edad, y en 1989 solo se registraron 9 casos en todo el país.

América Central. Desde la década de 1960 hasta 1973, el sarampión tuvo una incidencia de más de 100 casos por 100 000 habitantes, con excepción del 1961. Las epidemias han continuado ocurriendo en ciclos de dos y tres años.

El problema sociopolítico que se presentó en esta subregión a partir de 1978 menoscabó el mantenimiento del programa institucional. En consecuencia no se lograron las coberturas esperadas y hubo epidemias en 1984-1985 y 1989-1990. Durante este último período, los países más afectados fueron El Salvador, Guatemala y Honduras. No obstante, el esfuerzo hecho a partir de 1985, mediante la organización de jornadas nacionales de vacunación, logró incrementar

paulatinamente la cobertura a 67% (dato provisional) y establecer una tendencia descendente de la morbilidad y mortalidad por sarampión. Sin embargo, el subregistro de casos es tan grave, que a veces las tasas de mortalidad son similares a las de morbilidad o incluso más altas.

Al analizar las epidemias de 1989 en América Central, se observan dos factores que podrían constituir causas fundamentales. En primer lugar, las coberturas inadecuadas han dejado desprotegidos a grupos de población marginados, urbanos y rurales, que no han sido objetivo de prioridad durante las jornadas nacionales. Segundo, se desperdician regularmente muchas oportunidades para vacunar, debido principalmente a contraindicaciones equivocadas y problemas logísticos.

En lo que se refiere a las tasas de ataque por grupos de edad, estas son más altas en los menores de un año y la mortalidad tiene un patrón similar (4).

Región andina. El sarampión es endémico en todos los países y antes de la introducción de la vacuna se manifestaban los ciclos epidémicos bienales. En algunos países, como Colombia, Perú y Venezuela, la tasa de morbilidad en años epidémicos era mayor de 200 por 100 000. Desde 1973 se redujo la incidencia de la enfermedad y se alargaron los períodos entre epidemias. Esta tendencia se acentuó del 1978 en adelante, gracias al aumento de la cobertura de vacunación. En 1984 se comenzaron las jornadas nacionales de vacunación en algunos países de la subregión, incluyendo de forma sistemática la vacuna contra el sarampión. Entre 1983 y 1989, la cobertura se incrementó de 35 a 59%.

Brasil. Los datos disponibles revelan que en 1974–1975 se registró una disminución de la incidencia del sarampión. Estas fechas coincidieron con el comienzo de la vacunación sistemática en el país. Los picos máximos, observados en 1980 y 1986, reflejan las epidemias que ocurrieron en los estados del sur. Hasta la fecha, la vacuna antisarampionosa se administra exclusivamente en las instituciones de salud.

Según un estudio llevado a cabo en 1981, en esa época el sistema de notificación detectaba menos de 10% de los casos (5). Además, las estrategias de vacunación no eran apropiadas para lograr las coberturas necesarias, el manejo de la vacuna era inadecuado y no se recogía información suficiente para evaluar las tendencias de la incidencia.

El Cono Sur. Hasta 1970, en la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, el sarampión se presentaba cada dos años en grandes epidemias que superaban los 150 casos por 100 000. A partir de 1971 se implantó la vacunación sistemática a nivel nacional, lo que redundó en el aumento de la cobertura, disminución de la incidencia y espaciamiento de los períodos epidémicos. El grupo más afectado es el de menores de 5 años y las tasas de incidencia más elevadas se registran en los menores de 1 año.

Discusión

Es evidente que el sarampión continúa presente en todas las subregiones de las Américas, si bien el cuadro epidemiológico, las tasas de ataque por grupos de edad y la mortalidad varían considerablemente por subregión y país. El impacto de la utilización de la vacuna a gran escala ha sido notable y la instauración del PAI, que comprende una vigilancia epidemiológica más adecuada, también ha contribuido a que el problema se perciba con mayor claridad.

En general, los aumentos de cobertura han producido modificaciones en las características epidemiológicas del sarampión: transición de enfermedad endémica a epidémica, alargamiento de los períodos interepidémicos, aumento del número de casos en niños de mayor edad y aparición de casos en niños previamente vacunados. Debido a estos cambios, el advenimiento de brotes de sarampión genera una fuerte presión política y social, ya que pueden ser interpretados como una falla del programa. Sin embargo, es importante reconocer los logros. Pese a que todavía se dan fuertes epidemias, el número de casos notificados y la mortalidad son menores que en epidemias anteriores, a pesar de tasas de ataque y de mortalidad más altas en los grupos de niños menores de 1 año y de 1 a 4 años. Una impresión equivocada podría dar lugar a acciones inapropiadas para controlar los brotes y perjudicar al programa.

Recomendaciones para el futuro

Sobre la base de esta somera revisión y del análisis de brotes recientes, deben tenerse en cuenta los siguientes factores que pueden contribuir al mejor manejo de brotes futuros y a la posible eliminación del sarampión.

Estrategias de vacunación:

- Garantizar que cada niño sea vacunado tan pronto cumpla la edad recomendada según el esquema nacional, generalmente a los 9 meses.
- Emplear todas las estrategias de vacunación posibles (reforzamiento del programa institucional, organización de jornadas nacionales) para extender la cobertura en los municipios donde esta no llega a 80%.
- Buscar los lugares donde hay conjuntos de niños no vacunados y desarrollar actividades específicas para asegurar la eliminación de estas áreas de riesgo.
- Ofrecer la oportunidad de vacunación a cada niño elegible que acuda por cualquier motivo a un establecimiento de salud.
- Asegurarse de que los servicios de salud estén siempre en condiciones para vacunar.
- Instruir a los trabajadores de salud a abrir un frasco de vacuna, aunque sea un solo niño quien necesita ser vacunado.
- Durante brotes en los que hay muchos casos en niños menores de 9 meses, modificar temporalmente el esquema y vacunar a los niños de 6 meses; es preciso asegurarse de que estos niños sean revacunados al cumplir los 9 meses de edad.

Vigilancia epidemiológica:

- Estandarizar la definición de casos de sarampión.
- Mejorar la información epidemiológica para vigilar los cambios

en la epidemiología de la enfermedad y facilitar las intervenciones de prevención y control de las epidemias.

Comunicación:

- Aprovechar la aparición de brotes para identificar las deficiencias del programa y proponer medidas para su mejoramiento.
- Poner en perspectiva los logros del programa para reforzar su credibilidad, especialmente al enfrentar brotes epidémicos.
- Utilizar los medios de comunicación de forma constructiva para educar a las poblaciones sobre la necesidad de vacunación.

Perspectivas para la eliminación del sarampión en las Américas

La experiencia que adquieran los países ahora dedicados a la eliminación del sarampión será de importancia fundamental para formular estrategias que permitan a otros países considerar la misma meta. El éxito que ha tenido el esfuerzo regional por interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje es un estímulo para la lucha contra el sarampión. Sin embargo, debemos recordar que todavía es preciso superar algunos obstáculos de índole técnica.

Hasta el momento, uno de los principales impedimentos para la eliminación del sarampión ha sido la cobertura insuficiente de vacunación, en particular en zonas periurbanas y en lugares rurales inaccesibles. Otros impedimentos se relacionan con la falta de interés político y social en esta meta, problemas de orden gerencial, grado de la eficacia de la vacuna a edad temprana, metodología de su administración y vigilancia epidemiológica inadecuada de la enfermedad.

Los anticuerpos maternos que impiden la inmunización de los niños antes de los 9 meses de edad constituyen una barrera que esperamos vencer pronto con la introducción de la vacuna Edmonton-Zagreb, que tiene una mayor concentración vírica. Este será un paso importante en el control del sarampión. Por otra parte, se están investigando nuevas formas más eficaces de aplicar la vacuna, por ej., con aguja bifurcada, por vía intranasal y otras. Por último, el sistema de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios establecidos para la erradicación de la poliomielitis es un adelanto que nos puede acercar más a la decisión futura de intentar eliminar el sarampión de la Región.

Referencias

1. Centers for Disease Control. ACIP. Measles prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*. 1989;38(Supl 9).
2. Centers for Disease Control. Measles—United States 1988 *MMWR*. 1989;38(35): 601–605.
3. Fernández de Castro J. El sarampión en México. En: *Simposio Internacional sobre Inmunización contra el Sarampión. Celebrado en la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, del 16 al 19 de marzo de 1982*. Washington, DC: OPS; 1985: 41–46. (Publicación científica 477).
4. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977–1980*. Washington, DC: OPS; 1982. (Publicación científica 427).
5. Baptista Risi J. El control del sarampión en el Brasil. En: *Simposio Internacional sobre Inmunización contra el Sarampión. Celebrado en la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, del 16 al 19 de marzo de 1982*. Washington, DC: OPS; 1985: 266–272. (Publicación científica 477).