

El sarampión en México y sus perspectivas de eliminación

La mañana del 26 de julio, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) celebró su Seminario Institucional “Situación actual del sarampión en México y perspectivas de eliminación”, a fin de proporcionar a los tomadores de decisiones, a los medios de comunicación y, por conducto de estos, a la población en general, información veraz, precisa y de primera mano sobre dicha enfermedad, dada la relevancia que este tema ha cobrado en las últimas semanas en nuestro país, a raíz de la detección del caso importado de Francia en el territorio nacional, luego de cuatro años sin presencia de casos de esta enfermedad. Lo anterior, motivó la emisión de una alerta sanitaria por parte de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

El evento se llevó a cabo en las instalaciones de la Secretaría de Salud federal y fue moderado por el Dr. Mauricio Hernández Ávila, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la propia Secretaría de la Salud, y contó con la distinguida presencia del Dr. Mario Henry Rodríguez López, director general del INSP, así como del secretario de Salud del estado de Chiapas.

Al presentar los objetivos del seminario el Dr. Hernández Ávila dejó en claro que en México no hay transmisión de sarampión ni casos secundarios al caso importado de Francia, y que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica mostró tener la sensibilidad para detectar el reciente caso importado y llevar a cabo las acciones necesarias para blindar al país contra la enfermedad.

En su turno, la Dra. Richardson, directora general del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) de la Secretaría de Salud, explicó que el Programa de Vacunación Universal consta de dos elementos principales: un programa permanente, que consiste en la aplicación de la vacuna triple viral al año de vida, con un refuerzo a los seis años; y acciones intensivas, que incluyen las tres Semanas Nacionales de Salud que se llevan a cabo anualmente, así como otras campañas especiales.

Gracias a estas, señaló, en 2008 se vacunó a 22 millones de jóvenes entre 19 y 29 años de edad, con la vacuna doble viral contra sarampión y rubéola, lo que representó un logro del 107.3% al cierre de la campaña (considerando las proyecciones de población del CONAPO); y entre diciembre de 2010 y junio de 2011, se aplicaron dosis adicionales a las aplicadas en el Programa Permanente de la vacuna doble viral a 7.4 millones de niños (entre 1 y 4 años). No obstante ello, alertó, la cobertura del Programa de Vacunación está aún muy lejos del 95% deseable, pues de acuerdo con las cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se ubica en 71.2% y 75.3% en niños de un año y de seis y siete años, respectivamente. De ahí la necesidad de trabajar para conseguir coberturas superiores al 95% en todos los municipios, usando como referente la población registrada por el CONAPO. Las cifras de cobertura de vacunación previamente referidas, explicó, podrían ser superiores, considerando que en el numerador solo se consideraron las dosis aplicadas a los niños reclutados al sistema de información oficial (PROVAC), y seguramente se han vacunado muchos niños que no están incluidos todavía en el censo nominal que da sustento al PROVAC.



La directora general del Centro CeNSIA ubicó en cuando menos 2.5 millones de habitantes la población susceptible no vacunada, por no entrar en alguno de los grupos etarios protegidos por el esquema vacunal. En cuanto a los potenciales riesgos de introducción de la enfermedad en nuestro país, mencionó, además de las epidemias actuales en Europa y Asia y de esa amplia población susceptible no vacunada, el alto número de viajes por motivos vacacionales en el periodo de verano, los próximos Juegos Panamericanos en Jalisco y, de manera señalada, la insuficiencia en la producción de dosis por parte de los proveedores para una posible contingencia.

Finalmente, respecto a las acciones tomadas, destacó la alerta epidemiológica transmitida a las autoridades de salud estatales, la intensificación de las actividades de vacunación en niños de 1, 6 y 12 años; la adquisición de 100% de dosis adicionales de vacunas doble y triple viral para bloqueos vacunales y reserva, y la vacunación a población susceptible con segunda dosis de doble viral, entre otras.

Por su parte, la Dra. Celia Alpuche, directora general adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), afirmó que México está preparado para la vigilancia virológica de la enfermedad, como quedó demostrado con la detección del reciente caso. En ello, enfatizó, ha jugado un papel importante el InDRE, sobre todo en lo que se refiere a la confirmación. Al respecto, señaló que los primeros cinco días son importantes para la genotipificación o identificación del tipo de virus, ya sea autóctono o importado, por medio de su aislamiento viral. Sin embargo, menos de la mitad de las muestras llegan en tiempo para llevar a cabo dicho análisis molecular. En cuanto a la serología, mencionó que las mejores muestras se obtienen dentro de los primeros 35 días.

Asimismo, dijo que México trabaja fuertemente para la identificación de genotipos del virus del sarampión desde el 2002, especialmente desde el 2004, por lo que tanto la red de laboratorios como el InDRE están preparados para cumplir con sus tareas de vigilancia virológica-epidemiológica, la cual permite, junto con la epidemiología molecular, verificar la eliminación del virus en la región de las Américas, y mejorar la presentación oportuna de la información del genotipo, aunque para ello es preciso incorporar nuevas técnicas, realizar estudios de seroprevalencia que apoye los programas de vacunación y fortalecer esfuerzos para obtener muestras virológicas más tempranamente, incluidas muestras de sangre en papel filtro (manchas de sangre seca) y las de saliva, recientemente validadas por los centros de colaboración de la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. José Valente Aguilar Zínser, director general de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), mencionó el constante riesgo de importación de enfermedades que implica el sistema de transporte internacional, en virtud de la rápida comunicación entre países de todos los puntos del orbe. Así, por ejemplo, señaló que en el mundo existen 1280 aeropuertos internacionales, y que desde 2006 se han realizado 68.6 millones de despegues y aterrizajes, ha habido 4.5 millones de pasajeros internacionales, y de cada 100 000 viajeros, 50 000 desarrollan un problema de salud relacionado con su viaje, 8000 consultan un médico, 5000 requieren reposo en cama, 1500 se incapacitan, 300 requieren hospitalización y 1 fallece por alguna enfermedad relacionada con su viaje.

En lo que se refiere al ámbito nacional, el funcionario de la SCT señaló que existen 54 aeropuertos internacionales en 31 estados, y que en 2010 hubo más de 25 millones de pasajeros, 49 destinos internacionales atendidos por empresas nacionales, 93 ciudades internacionales con conexión en el país atendidas por empresas extranjeras y 62 empresas extranjeras con operaciones hacia o desde



el país. En siete de esos aeropuertos (Ciudad de México, Cancún, Guadalajara, Monterrey, Puerto Vallarta, Tijuana y Toluca), que representan más del 90% de las operaciones internacionales del país y del movimiento de pasajeros, informó que, en colaboración con la Secretaría de Salud, la SCT ha iniciado el Programa de Implementación de Capacidades Básicas, que tiene como propósito evaluar dichos puertos aéreos con el apoyo de distintas instituciones, entre ellas la Dirección General de Aviación Civil, Sanidad Internacional, SEDENA, CISEN, Policía Federal, Migración, Aduanas.

La ponencia del Dr. Francisco Javier Navarro Gálvez, Director General de Servicios de Salud a la Comunidad del Estado de Sonora, versó sobre las estrategias de vigilancia y contención del riesgo de importación de virus foráneos de sarampión que se han implementado en el estado de Sonora, especialmente sobre el programa de Vigilancia Epidemiológica binacional Sonora-Arizona, el cual se mantiene vigente no obstante que el último caso de sarampión que se registró en la entidad data de 1995.

Explicó el protocolo que se sigue a ambos lados de la frontera y las principales actividades que se llevan a cabo, y mencionó otros dos programas de vigilancia Binacional que se operan en el estado, como son el Proyecto Cuatro Esquinas, instrumentado en conjunto con Nuevo México, Chihuahua y Arizona; y el programa Una Frontera, Una Salud, llevado a cabo junto con California, Baja California y Arizona.

Por su parte, el Dr. Ignacio Santos Preciado, investigador de la Unidad de Medicina Experimental en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), señaló que las Américas están libres de transmisión autóctona de sarampión desde el 2002, pues si bien se han registrado 685 casos en el 2011, uno de ellos en México, todos fueron importados, asociados a importación o desconocidos. En cuanto a la tasa de transmisión en la región, indicó que esta se ubica en 0.7; y respecto al grupo etario más vulnerable al virus, mencionó a los niños y a todos aquellos que no recibieron segunda dosis de vacunación. En Estados Unidos y Canadá, por ejemplo, los casos secundarios se han dado en niños que no han sido vacunados por cuestiones religiosas.

El Dr. Santos dijo también que el sarampión es una de las principales causas de muerte en el mundo. Solo en 2008 cobró la vida de 164 000 personas, 450 por día y 18 por hora. No obstante, se ha dado una reducción global de muertes del 78% en virtud de la vacunación, lo que equivale a 12.7 millones de muertes evitadas desde el año 2000. En cuanto a la cobertura vacunal global, esta se ha incrementado de 72% a 83%. En lo que atañe a México, en 1996 se presentaron los últimos dos casos autóctonos y, en 1995, la última muerte por sarampión. Empero, en el 2000 se reintrodujo el virus con la presencia de treinta casos en cuatro entidades federativas.

En cuanto a las estrategias de eliminación propuestas por la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Santos mencionó la campaña de vacunación masiva para poner al día la vacunación rutinaria, para dar el mantenimiento de coberturas elevadas y las campañas de seguimiento en menores de 5 años para disminuir la acumulación de susceptibles, y para alcanzar coberturas del 95% en cada municipio. Al respecto, señaló que tales estrategias deben ser complementadas por un sistema sensible de vigilancia capaz de detectar oportunamente la circulación del sarampión, por una investigación de todos los casos hasta su clasificación final, por un sistema eficaz de vigilancia virológica, y sobre todo, por una supervisión de las acciones.

Finalmente, señaló la factibilidad biológica de la erradicación global del sarampión para el 2020, lo cual, sin embargo, requiere de una alta inmunidad poblacional, es decir, de una permanente vacunación, pues el virus no tiene reservorios ni ha mutado o evolucionado.

En su turno, el Dr. José Luis Díaz Ortega, investigador en Ciencias Médicas del Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI) del INSP, aseguró que, a nivel global, la única región de la Organización Mundial de la Salud que no tiene como meta próxima la erradicación del sarampión es la del sudeste asiático, donde frecuentemente tienen lugar importantes brotes de la enfermedad. En cuanto a los casos de Europa, afirmó que la mayoría proviene de genotipos de África y Asia que se han establecido en los países europeos, y se están diseminando como casos importados a la Región de las Américas.

Asimismo, señaló que de un caso importado puede haber transmisión local, aunque no endémica. Así, entre 2001 y 2006 no hubo transmisión endémica, pero sí local, por lo que es necesario monitorear la posibilidad de que se deriven casos secundarios de casos importados, a fin de evitar su diseminación. Al respecto, informó que los grupos más afectados son los adultos jóvenes, lo que explica por qué la atención está centrada en ellos y no en los mayores de edad.

En lo que se refiere a los casos de Europa, Estados Unidos y Canadá, señaló que estos ocurrieron en personas no vacunadas, por lo que no se debe a posibles mutaciones ni a fallas vacunales.

Sobre la epidemia ocurrida entre 1989 y 1990 en nuestro país, en la cual se notificaron 89,163 casos, y se registraron 8,150 defunciones, el Dr. Díaz dijo que se trató de un gran trauma para el sector, pues se trataba de una enfermedad que no debió presentarse en tal magnitud, porque se contaba con la vacuna para evitarla. En cuanto a la tasa de casos fatales o letalidad, refirió que en países con un desarrollo de tecnología en salud como el de México, habitualmente es próximo al 1%, por lo que los casos realmente ocurridos en la epidemia debieron haber excedido en gran proporción a los notificados.

Para poder verificar la eliminación del sarampión –indicó el Dr. Díaz– se debe documentar la interrupción de casos endémicos por un periodo mínimo de tres años desde el último caso conocido, en presencia de un sistema de vigilancia de alta calidad; contar con un sistema de vigilancia suficientemente sensible para detectar casos importados y casos relacionados con la importación; y una ausencia de cepas de virus endémicos de sarampión y rubéola (dado que el programa incluye la eliminación simultánea de ambos padecimientos), a través de la vigilancia viral.

Finalmente, el especialista del INSP señaló que la información de que se dispone sugiere que se dio una interrupción de transmisión endémica entre 1995 y 1996, una interrupción de incidencia de casos entre 1997 y 1999, así como casos importados y asociados a importación en 2000, 2001, 2003, 2004, 2005 y 2006, con transmisión autóctona limitada y sin reanudación de la transmisión endémica, debido a la inmunidad poblacional preexistente y a las estrategias de contención de los virus foráneos (bloqueo vacunal llevadas a cabo por el sector Salud). En cuanto al caso importado registrado hace unas semanas, señaló que el sistema mostró sensibilidad para detectar importaciones virales, y que se carece de evidencias de casos secundarios relacionados con el importado de Francia. No obstante, es preciso desarrollar actividades de contención con enfoque de riesgo a fin de evitar la introducción de más importaciones y la diseminación de los virus foráneos entre la población.