

SARAMPIÓN

Lo Que Los Padres Necesitan Saber



P^hC PHYSICIANS
FOR INFORMED
CONSENT

Disponible en inglés en / Available in English at
physiciansforinformedconsent.org/measles



1. QUE ES EL SARAMPIÓN?

El sarampión es una infección viral autolimitante de la niñez.

- Los síntomas del sarampión incluyen una fase prodrómica (inicial) de toz, nariz que moquea, irritación de los ojos, y fiebre seguida por una erupción generalizada en la piel en los días 4–10 de la enfermedad.¹
- El sarampión es contagioso durante la fase prodrómica y por 3-4 días después del comienzo de la erupción en la piel.¹
- La mayoría de los casos de sarampión son benignos y no son reportados a los profesionales de la salud.²
- Antes de la introducción del programa de la vacunación masiva contra el sarampión en 1963, casi todas las personas contraían el sarampión y obtenían inmunidad de por vida antes de la edad de 15.¹
- En situaciones raras, el sarampión puede causar daño cerebral y ser fatal.^{3,4}

El Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) publica las tasas de letalidad por sarampión basado en casos reportados. Sin embargo, el 90% de los casos de sarampión son benignos y no son reportados al CDC.² Las calculaciones de las tasas de letalidad basadas en casos reportados (que constituyen solo el 10% de todos los casos) resultan en tasas de letalidad que son 10 veces más altas que lo que verdaderamente son en la población en general. El análisis de los datos en este reporte está basado en la totalidad de casos de sarampión (ambos los reportados y los no reportados).



2. CUÁLES SON LOS RIESGOS?

En la era moderna, es raro sufrir una discapacidad permanente o morir por sarampión en los Estados Unidos.

Entre 1900 y 1963, la tasa de mortalidad por sarampión bajó de 13.3 por 100,000 a 0.2 por 100,000 en la población, debido a los avances en condiciones de vida, nutrición, y cuidado de la salud—una disminución de 98% (Fig. 1).^{2,5}

El nivel bajo de vitamina A es una causa primaria de más de 100,000 muertes por sarampión en países subdesarrollados, especialmente aquellos con pobreza extensa.⁶ En EE.UU y otros países desarrollados, el 75–92% de los casos de hospitalización por sarampión tienen niveles bajos de vitamina A.^{7,8}

En 1963, justo antes que la vacuna contra el sarampión fue introducida:

- 1 en 10,000 (0.01%) casos de sarampión eran fatales.³
- 1 en 20,000 (0.005%) casos de sarampión resultaban en encefalitis del sarampión.⁴
- 1 in 80,000 (0.00125%) casos de sarampión resultaban en discapacidad permanente.⁴
- 7 in 1,000 (0.7%) casos de sarampión eran hospitalizados.⁹

Disminución de la Tasa de Mortalidad por Sarampión 1900–1963

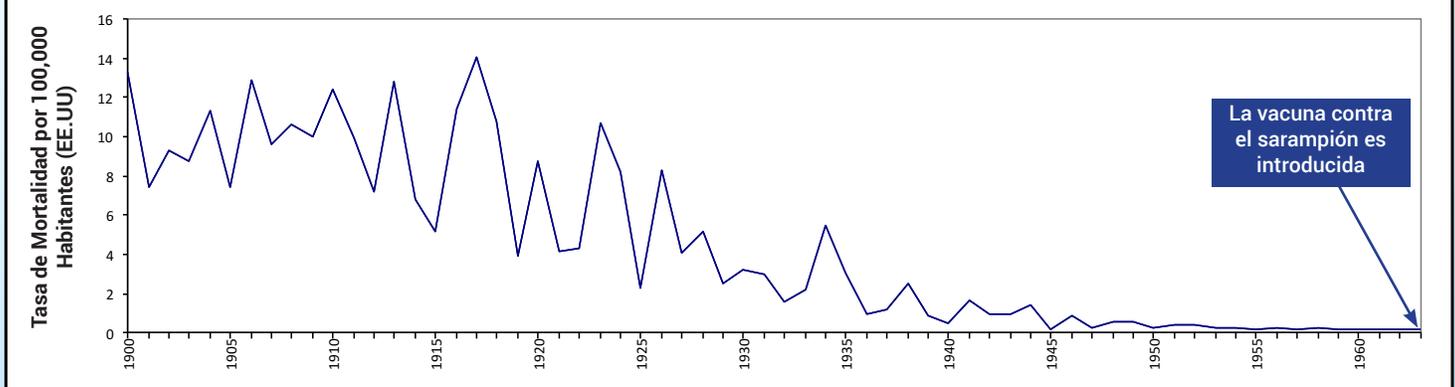


Figura 1: La tasa de mortalidad por sarampión bajó por el 98% entre 1900 y 1963, antes que la vacuna contra el sarampión fue introducida.



3. CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES PARA EL SARAMPIÓN?

Porque el sarampión es una infección autolimitante en casi todos los casos, generalmente solo tratamiento de apoyo es necesario. Como tal, opciones de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Descanso
- Hidratación
- Alta dosis de vitamina A¹⁰
- Inmunoglobulina (disponible para pacientes inmunocomprometidos, como aquellos en quimioterapia)¹¹



La organización Mundial de la Salud (WHO) recomienda que casos serios de sarampión sean tratados con una alta dosis de vitamina A, 50,000 IU–200,000 IU, administrada oralmente por dos días consecutivos.¹¹



4. HAY ALGUNOS BENEFICIOS DE CONTRAER EL SARAMPIÓN?

Hay estudios que sugieren una conexión entre el contraer el sarampión naturalmente y riesgos reducidos de linfomas Hodgkin y non Hodgkin, tanto como de riesgos reducidos de enfermedades atópicas como fiebre de heno, eczema, y asma.¹²⁻¹⁶ En adición, infecciones de sarampión están asociadas con un riesgo más bajo de sufrir una enfermedad cardiovascular fatal en la edad adulta.¹⁷ Además, infantes nacidos de madres quienes han contraído el sarampión naturalmente son protegidos del sarampión a través de la inmunidad materna por más tiempo que los infantes nacidos de madres vacunadas.¹⁸



5. QUÉ PASA CON LA VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN?

La vacuna contra el sarampión ha sido disponible en los Estados Unidos desde 1963. La vacuna ha significativamente reducido la incidencia de sarampión; sin embargo, la vacuna no puede prevenir todos los casos de sarampión, ya que fallos han sido reportados.¹⁹ El etiquetado del fabricante de la vacuna contiene información sobre los ingredientes de la vacuna, las reacciones adversas, y las evaluaciones de la vacuna. Por ejemplo, “La vacuna M-M-R II no ha sido evaluada para el potencial carcinogénico o mutagénico, o para el potencial de disminuir la fertilidad.”²⁰ Además, el riesgo de discapacidad permanente o de muerte de la vacuna contra el sarampión no ha sido comprobado de ser menos que el del sarampión (Fig. 2).²¹

Tasa de Mortalidad por Sarampión Vs. Causas Principales de Muerte en Niños Menores de 10 años²¹⁻²³ (por 100,000 Niños)

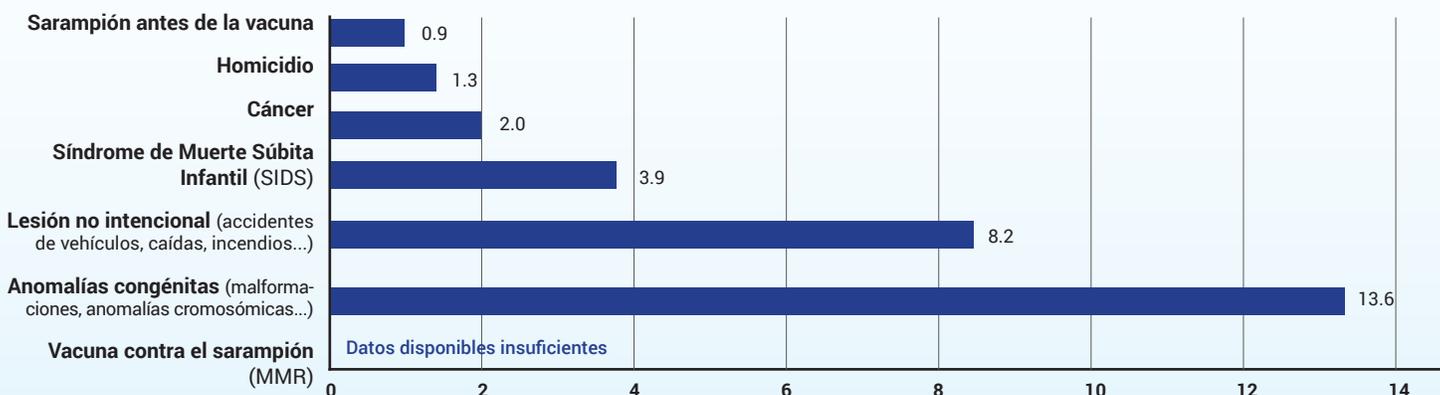


Figura 2: Este gráfico muestra la tasa de mortalidad por sarampión antes que la vacuna fue introducida, cuando el sarampión era una infección viral común de la niñez, y la compara a las causas principales de muerte en niños menores de 10 años hoy. Por lo tanto, en la era antes de la vacuna, la tasa de mortalidad por sarampión por 100,000 era 0.9 para niños menores de 10 años. En 2015, la tasa de mortalidad por homicidio fue 1.3, seguido por cáncer (2.0), SIDS (3.9), lesión no intencional (8.2), y anomalías congénitas (13.6). La tasa de mortalidad o discapacidad permanente por la vacuna contra el sarampión (MMR) es incógnita porque los estudios de investigación disponibles no pueden medirla con suficiente precisión.²¹

Todas las referencias y la Declaración del Riesgo de la Vacuna Contra el Sarampión (VRS) están disponibles en physiciansforinformedconsent.org/measles

Estas declaraciones están hechas solo para propósitos informativos y no deberían de ser interpretadas como consejos médicos personales.

References

1. Centers for Disease Control. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 209-15.
2. **Between 1959 and 1962, annually there were about 4 million cases, of which 440,000 (11%) were reported.**
 - Centers for Disease Control. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. Appendix E3.
 - Centers for Disease Control. Measles prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. 1989; 38(S-9):1.
3. **Between 1959 and 1962, annually there were 400 measles deaths out of 4 million cases, about 1 in 10,000 cases.**
 - Same sources as reference 2.
4. **There are about half as many cases of measles encephalitis as there are measles deaths, about 1 in 20,000 cases (50% of 1 in 10,000 cases of death). Of these cases, 25% (1 in 80,000 cases) result in residual neurological injury.**
 - Same sources as references 1 and 3.
5. Grove RD; Hetzel AM; U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Vital statistic rates in the United States 1940-1960. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office; 1968. 559-603.
6. **The measles mortality rate in developing countries where vitamin A deficiency is prevalent is about one in four reported cases, more than 100 times higher than in developed countries.**
 - Same sources as references 1 and 7.
7. Butler JC, Havens PL, Sowell AL, Huff DL, Peterson DE, Day SE, et al. Measles severity and serum retinol (vitamin A) concentration among children in the United States. Pediatrics. 1993 Jun;91(6):1177-81.
8. Hussey GD, Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles. N Engl J Med. 1990 July;323(3):160-4.
9. **Before the mass vaccination program, 28,000 out of 4 million (0.7%) annual measles cases were hospitalized.**
 - Centers for Disease Control. Outbreak of measles—San Diego, California, January–February 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2008; 57(8):204.
 - Centers for Disease Control. Measles prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. 1989; 38(S-9):1.
10. Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. J Infect Dis. 2004 May 1;189 Suppl 1: S4-16.
11. California Department of Public Health. Measles investigation quicksheet. May 2011.
12. Alexander FE, et al. Risk factors for Hodgkin's disease by Epstein-Barr virus (EBV) status: prior infection by EBV and other agents. Br J Cancer. 2000 Mar;82(5):1117-21.
13. Glaser SL, et al. Exposure to childhood infections and risk of Epstein-Barr virus—defined Hodgkin's lymphoma in women. Int J Cancer. 2005 Jul 1;115(4):599-605.
14. Montella M, et al. Do childhood diseases affect NHL and HL risk? A case-control study from northern and southern Italy. Leuk Res. 2006 Aug;30(8):917-22.
15. Shaheen SO, et al. Measles and atopy in Guinea-Bissau. Lancet. 1996 Jun 29;347:1792-6.
16. Rosenlund H, et al. Allergic disease and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infection. Pediatrics. 2009 Mar;123(3):771-78.
17. Kubota Y, et al. Association of measles and mumps with cardiovascular disease. The Japan Collaborative Cohort (JACC) study, Atherosclerosis. 2015 August;241(2):682-86.
18. Waaijenborg S, Hahné SJ, Mollema L, Smits GP, Berbers GA, van der Klis FR, de Melker HE, Wallinga J. Waning of maternal antibodies against measles, mumps, rubella, and varicella in communities with contrasting vaccination coverage. J Infect Dis. 2013 Jul;208(1):10-6.
19. Poland GA, Jacobson RM. The re-emergence of measles in developed countries: time to develop the next-generation measles vaccines? Vaccine. 2012 Jan 5;30(2):103-4.
20. U.S. Food and Drug Administration: M-M-R II (measles, mumps, and rubella virus vaccine live). Whitehouse Station: Merck & Co., Inc.; c1971 [cited 2017 June 21]. <https://www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproduct/ucm123789.pdf>.
21. Physicians for Informed Consent. Measles – vaccine risk statement (VRS). Oct 2017. <https://www.physiciansforinformedconsent.org/measles>.
22. 10 leading causes of death by age group, United States—2015. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [cited 2017 June 21]. https://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading_causes_of_death_age_group_2015_1050w740h.gif.
23. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Vital statistics of the United States 1962, volume 2—mortality, part A. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office; 1964. 94.