

Sarampión: Preguntas y respuestas

Información sobre la enfermedad y las vacunas

¿Qué causa el sarampión?

El sarampión es causado por un virus.

¿Cómo se propaga el sarampión?

El sarampión se transmite de persona a persona a través del aire mediante gotitas infecciosas. Es muy contagioso.

¿Cuánto tiempo tarda en aparecer los síntomas del sarampión después de estar expuesto?

En promedio, transcurren entre 10 y 12 días (entre 7 y 21 días) desde la exposición hasta que aparece el primer síntoma, que suele ser fiebre. El sarpullido del sarampión no suele aparecer hasta aproximadamente 14 días después de la exposición, entre 3 y 5 días después de que comienza la fiebre.

¿Cuáles son los síntomas del sarampión?

Los síntomas incluyen fiebre, secreción nasal, tos, pérdida de apetito, ojos rojos y llorosos y sarpullido. El sarpullido generalmente dura entre 5 y 6 días y comienza en la línea del cabello, se desplaza hacia la cara y la parte superior del cuello y continúa hacia el resto del cuerpo.

¿Qué tan grave es el sarampión?

El sarampión puede ser una enfermedad grave y el 30 % de los casos notificados presentan una o más complicaciones. La muerte por sarampión ocurre en 1 a 3 de cada 1000 casos notificados en los Estados Unidos. Las complicaciones del sarampión son más comunes entre las personas muy jóvenes, menores de 5 años o mayores de 20, y entre las personas embarazadas o aquellas con sistemas inmunológicos debilitados.

¿Cuáles son las posibles complicaciones del sarampión?

Las complicaciones más comunes del sarampión son las infecciones de oído (1 de cada 10 niños) y la diarrea (menos de 1 de cada 10 personas). La neumonía (1 de cada 20 niños) es la causa más común de muerte relacionada con el sarampión. Aproximadamente 1 de cada 1000 casos desarrollará encefalitis aguda, una inflamación del cerebro. Esta complicación grave puede provocar daño cerebral permanente.

El sarampión durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, aborto espontáneo y bebés con bajo peso al nacer, aunque los defectos congénitos no se han relacionado con la exposición al sarampión.

El sarampión puede ser especialmente grave en personas con sistemas inmunitarios debilitados. Es más grave en niños desnutridos, en particular en aquellos con deficiencia de vitamina A. En los países de bajos ingresos, la tasa de mortalidad puede llegar al 25%.

¿Cómo se diagnostica el sarampión?

El sarampión se diagnostica mediante una combinación de los síntomas del paciente y pruebas de laboratorio.

¿Existe tratamiento para el sarampión?

No existe un tratamiento específico para el sarampión. Las personas con sarampión necesitan reposo en cama, líquidos y control de la fiebre. Los pacientes con complicaciones pueden necesitar un tratamiento específico para su problema.

¿Durante cuánto tiempo es contagiosa una persona con sarampión?

El sarampión es altamente contagioso y puede transmitirse desde 4 días antes de que la erupción se haga visible hasta 4 días después de que ésta aparezca.

¿Qué se debe hacer si alguien está expuesto al sarampión?

La notificación de la exposición debe comunicarse a un médico y al departamento de salud. Si la persona no ha sido vacunada, la vacuna contra el sarampión puede prevenir la enfermedad si se administra dentro de las 72 horas posteriores a la exposición. La inmunoglobulina (un producto sanguíneo que contiene anticuerpos contra el virus del sarampión) puede prevenir o reducir la gravedad del sarampión si se administra dentro de los 6 días posteriores a la exposición.

¿Qué tan común es el sarampión en los Estados Unidos?

Antes de que se autorizara la vacuna en 1963, se estimaba que había entre 3 y 4 millones de casos cada año. En los años posteriores a 1963, el número de casos de sarampión se redujo a 1.497 casos en 1983, el total anual más bajo notificado hasta ese momento. En 2004, solo se notificaron 37 casos. Posteriormente, en 2019 se produjo un número récord de casos de sarampión, cuando se notificaron 1.249 casos y 22 brotes en los Estados Unidos. La mayoría de los casos (85%) se produjeron en comunidades poco inmunizadas y muy unidas.

Más recientemente, desde el 1 de enero de 2020 hasta el 28 de marzo de 2024, se notificó a los CDC 338 casos confirmados de sarampión

Continúa en la página siguiente ►



FOR PROFESSIONALS www.immunize.org / FOR THE PUBLIC www.vaccineinformation.org

Traducido por Brockton Board of Health
<https://brockton.ma.us/city-departments/health/>

www.immunize.org/catg.d/p4209.pdf
Item #P4209 (10/31/2024)



Scan for PDF

en 30 jurisdicciones; 98 (29%) de estos casos ocurrieron en el primer cuarto de 2024. Entre los 338 casos, 309 (91%) no estaban vacunados o tenían un estado de vacunación desconocido. Entre las 93 personas diagnosticadas con sarampión en los EE. UU. como resultado de la exposición al virus del sarampión en otro país, el 63% eran residentes de los EE. UU., el 90% de los cuales eran elegibles para la vacunación pero no estaban vacunados o se desconocía su estado de vacunación. Los grupos de personas no vacunadas ponen a las comunidades en riesgo de grandes brotes, como se vio en Ohio en 2022, donde se identificaron 86 casos, con un 94% de personas no vacunadas y un 42% hospitalizadas.

Para obtener información actualizada sobre los recuentos de casos y los brotes, visite la página web de los CDC sobre casos y brotes de sarampión en www.cdc.gov/measles/data-research/index.html.

¿Puede una persona contraer sarampión más de una vez?

No.

¿Cuándo estuvieron disponibles las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola?

Las primeras vacunas contra el sarampión (una vacuna de virus inactivado y una vacuna de virus vivo) estuvieron disponibles en 1963, y ambas fueron reemplazadas en gran medida por una vacuna de virus vivo más atenuada que fue autorizada en 1968. La vacuna contra las paperas estuvo disponible por primera vez en 1967, seguida por la vacuna contra la rubéola en 1969. Estas tres vacunas se combinaron en 1971 para formar la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMRII de Merck). En 2005 se puso a disposición una vacuna que combina las vacunas MMR y contra la varicela, conocida como MMRV.

En 2022 se autorizó y recomendó una segunda vacuna MMR (Priorix de GSK). No existen diferencias en las recomendaciones entre las marcas Priorix y MMR (Merck) de MMR. Priorix se puede utilizar en cualquier situación en la que se recomiende la vacunación triple vírica. A pesar de las pequeñas diferencias en la fabricación (MMRII contiene gelatina, Priorix no), las dos vacunas pueden considerarse funcionalmente idénticas e intercambiables.

Las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola, que contienen un solo antígeno, ya no están disponibles en los EE. UU.

¿Qué tipo de vacuna es esta?

La vacuna MMR contiene cepas vivas atenuadas (o debilitadas) de los virus del sarampión, las paperas y la rubéola.

¿Cómo se administra la vacuna?

MMR II (Merck) es una inyección que se puede administrar por vía subcutánea (en la capa de tejido graso debajo de la piel) o por vía intramuscular en el músculo deltoides. Priorix (GSK) se administra únicamente por vía subcutánea.

¿Quién debe recibir esta vacuna?

Todos los niños, adolescentes y adultos nacidos en 1957 o después sin una contraindicación válida deben tener documentación de vacunación u otra evidencia de inmunidad. Además, algunos profesionales de la salud nacidos antes de 1957 también pueden necesitar prueba de vacunación u otra evidencia de inmunidad.

¿Qué tipo de "evidencia de inmunidad" puede reemplazar la vacuna MMR?

La evidencia de inmunidad se puede demostrar a través de evidencia de laboratorio de inmunidad al sarampión, paperas y/o rubéola o confirmación de laboratorio de la enfermedad. Sin embargo, si una persona no tiene evidencia de inmunidad a las tres enfermedades (por ejemplo, sarampión, paperas y rubéola), aún necesitará vacunarse con la vacuna MMR, ya que la vacuna no está disponible como un producto de antígeno único en los Estados Unidos.

¿A qué edad se debe administrar la primera dosis de la vacuna triple vírica?

La primera dosis de la vacuna MMR debe administrarse el día del primer cumpleaños del niño o después; El rango de edad recomendado es de 12 a 15 meses. La vacuna MMR se puede administrar a niños de hasta 6 meses de edad que corren un alto riesgo de exposición, como durante viajes internacionales o brotes comunitarios. Sin embargo, las dosis administradas antes de los 12 meses de edad no cuentan para la serie de vacunas MMR de 2 dosis. Consulte las notas de los CDC sobre la vacuna MMR en el calendario de vacunación actual para niños y adolescentes para obtener más detalles (www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html).

¿Cuándo deberían los niños recibir la segunda toma de MMR?

La segunda dosis generalmente se administra cuando el niño tiene 4 a 6 años, o antes de que él o ella ingrese al jardín de infantes o al primer grado. Sin embargo, la segunda dosis se puede administrar antes, siempre que haya habido un intervalo de al menos 28 días desde la primera dosis.

¿Qué tan efectiva es esta vacuna?

La primera dosis de MMR es 97% efectiva contra la rubéola,

93% contra el sarampión y 78% contra las paperas. Dos dosis tienen una eficacia del 97% contra el sarampión y del 88% contra las paperas. La segunda dosis de la vacuna MMR tiene como objetivo producir inmunidad en aquellas personas que no respondieron a la primera dosis, pero un porcentaje muy pequeño de personas puede no estar protegida incluso después de una segunda dosis.

¿Qué adolescentes y adultos deberían recibir la vacuna MMR?

Todos los adolescentes no vacunados sin una contraída válida a la vacuna deben tener documentación de dos dosis de MMR. Todos los adultos nacidos en o después de 1957 también deben tener documentación de vacunación u otra evidencia de inmunidad.

Es probable que los adultos nacidos antes de 1957 hayan tenido enfermedades de sarampión y/o paperas cuando era niño y generalmente (pero no siempre) se consideran no necesitar vacunación.

¿Qué adultos necesitan dos dosis de MMR?

Ciertos adultos tienen un mayor riesgo de exposición al sarampión, paperas y/o rubéola y pueden necesitar una segunda dosis de MMR a menos que tengan otra evidencia de inmunidad; Esto incluye a los adultos que

- son estudiantes en instituciones educativas postsecundarias (para sarampión y paperas)
- son personal de atención médica (para sarampión y paperas)
- Vivir en una comunidad que experimenta un brote o recientemente expuesto a la enfermedad (para el sarampión y las paperas)
- Planifique viajar internacionalmente (para sarampión y paperas)
- recibió vacuna contra el sarampión inactivada (asesinada) vacuna contra el sarampión de tipo desconocido durante 1963-1967. Deben ser revaccados con dos dosis de vacuna MMR.
- fueron vacunados antes de 1979 con vacunas de paperas muertas o vacunas de paperas de tipo desconocido y tienen un alto riesgo de infección por paperas (por ejemplo, personas que trabajan en un centro de atención médica). Deben considerarse para la revacunación con 2 dosis de MMR.

¿Por qué el personal de atención médica necesita vacunación u otra evidencia de inmunidad al sarampión, paperas y rubéola?

Las personas que trabajan en instalaciones médicas son demasiado mayor riesgo de ser expuesto

a la enfermedad que la población general. Asegurarse de que todos los empleados sean inmunes a estas enfermedades proteja tanto al empleado como a los pacientes con quienes él o ella pueden tener contacto. Todas las personas que trabajan en un centro de atención médica deben tener documentación de vacunación o evidencia de inmunidad, incluidos empleados a tiempo completo o parcial, médicos o no médicos, pagados o voluntarios, estudiantes y aquellos con o sin responsabilidades directas del paciente.

Las instalaciones deben considerar la vacunación con MMR Personal de la salud de la vacuna nacido antes de 1957 que carece de evidencia de laboratorio de sarampión, paperas y inmunidad de rubéola o confirmación de laboratorio de enfermedad previa. Estas instalaciones deben vacunar personal de atención médica con MMR durante un brote de cualquiera de las enfermedades, independientemente del año de nacimiento.

¿Quién recomienda esta vacuna?

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), la Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP), el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos y el Colegio Estadounidense de Médicos (ACP) han recomendado esta vacuna.

¿Qué tan segura es esta vacuna?

En los Estados Unidos se han administrado cientos de millones de dosis de vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola preparadas como vacunas separadas o como la vacuna MMR combinada, y su historial de seguridad es excelente.

¿Qué efectos secundarios se han reportado con esta vacuna?

La fiebre es el efecto secundario más frecuente y se presenta en el 5%–15% de los vacunados. Alrededor del 5% de las personas desarrollan una erupción cutánea leve. Cuando se presentan, la fiebre y la erupción suelen aparecer entre 7 y 12 días después de la vacunación. Alrededor del 25% de las mujeres adultas que reciben la vacuna MMR presentan dolor articular temporal, un síntoma relacionado con el componente de rubéola de la vacuna combinada. El dolor articular solo se presenta en mujeres que no son inmunes a la rubéola en el momento de la vacunación. La vacuna MMR puede causar trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas) a una tasa de aproximadamente 1 caso por cada 30.000–40.000 personas vacunadas. Los casos casi siempre son temporales y no ponen en peligro la vida. Las reacciones más graves, incluidas las reacciones alérgicas, son poco frecuentes.

Si un niño desarrolla un sarpullido después de recibir la vacuna MMR, ¿es contagioso?

La transmisión de los virus de la vacuna no se produce a través de una persona vacunada, incluidas aquellas que presentan una erupción cutánea. No es necesario tomar precauciones especiales (por ejemplo, exclusión de la escuela o del trabajo).

¿Quiénes NO deben recibir la vacuna MMR?

Cualquier persona que haya tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de la primera dosis de MMR no debe recibir una segunda dosis. Cualquier persona que haya tenido una reacción alérgica grave a un componente de MMR (p. ej., gelatina, neomicina en la marca MMR II [Merck]) no debe recibir una vacuna que contenga ese componente.

Al igual que con todas las vacunas de virus vivos, las personas que se sabe que están embarazadas no deben recibir la vacuna MMR. Se debe aconsejar a las receptoras que puedan quedar embarazadas que eviten el embarazo durante 4 semanas después de la vacunación. Se pueden vacunar las personas que estén amamantando. Los niños y otros contactos domésticos de las personas embarazadas deben vacunarse de acuerdo con el calendario recomendado.

No se debe administrar la vacuna MMR a las personas con un sistema inmunitario gravemente comprometido. Esto incluye a las personas con afecciones como inmunodeficiencia congénita, SIDA, leucemia, linfoma, neoplasia maligna generalizada y aquellas que reciben tratamiento para el cáncer con medicamentos, radiación o dosis elevadas de corticosteroides. Los contactos domésticos de personas inmunodeprimidas deben vacunarse según el calendario recomendado.

Aunque a las personas con SIDA o infección por VIH con signos de inmunosupresión grave no se les debe administrar la vacuna MMR, las personas con infección por VIH que no presentan evidencia de laboratorio de inmunosupresión grave pueden y deben vacunarse contra el sarampión. Para obtener más información sobre quién no debe recibir la vacuna MMR, incluidas las precauciones, consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/mmr/public/index.html#who-should-not-get-mmr.

¿Pueden las personas con alergia al huevo recibir la vacuna MMR?

Sí. En el pasado se creía que las personas alérgicas a los huevos corrían el riesgo de sufrir una reacción alérgica a la vacuna, ya que esta se cultiva en tejido de embriones de pollo. Sin embargo, los estudios han demostrado que no es así. Cualquiera de las dos marcas de MMR puede administrarse a personas alérgicas a los huevos sin necesidad de realizar pruebas previas ni tomar precauciones especiales.

¿La vacuna MMR causa autismo?

No. No hay evidencia científica de que alguna vacuna cause autismo. La cuestión sobre un posible vínculo entre la vacuna MMR y el autismo ha sido analizada exhaustivamente por grupos independientes de expertos en los EE. UU., incluido el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias. Estas revisiones han llegado a la conclusión de que no existe ninguna asociación entre la vacuna MMR y el autismo.

Para obtener un resumen de los temas relacionados con este tema, lea "Vacunas y autismo" en el sitio web del Centro de Educación sobre Vacunas del Hospital de Niños de Filadelfia. Se puede acceder a esta discusión en www.chop.edu/centers-programs/vaccine-education-center/vaccines-and-other-conditions/vaccines-autism.html

La Fundación para la Ciencia del Autismo, dirigida por padres, ofrece una excelente revisión bibliográfica en su sitio web en <https://autismsciencefoundation.org/autism-and-vaccines-read-the-science/>

Para obtener más información, visite la página web de los CDC "Autismo y vacunas" en www.cdc.gov/vaccine-safety/about/autism.html.

¿Puede el virus vivo de la vacuna causar sarampión, paperas y/o rubéola?

Debido a que los virus del sarampión, las paperas y la rubéola contenidos en la vacuna MMR son versiones débiles de los virus de la enfermedad, pueden causar síntomas muy leves de la enfermedad que fueron diseñados para prevenir.

¿Qué pasa si una persona embarazada recibe sin darse cuenta la vacuna MMR?

Se recomienda a las personas no recibir ninguna vacuna de virus vivos durante el embarazo como medida de seguridad basada en la posibilidad teórica de que una vacuna viva cause una enfermedad (por ejemplo, el virus de la rubéola que causa el síndrome de rubéola congénita [SRC]).

Debido a que varias personas han recibido inadvertidamente esta vacuna durante el embarazo o poco antes de la concepción, los CDC han recopilado datos sobre los resultados de sus nacimientos. Entre 1971 y 1989, no se produjo evidencia de SRC en los 324 bebés nacidos de 321 mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra la rubéola durante el embarazo y continuaron el embarazo hasta el término. Como cualquier riesgo para el feto por la vacuna contra la rubéola parece ser extremadamente bajo o nulo, se recomienda asesoramiento individual a las mujeres en esta situación.