

3. Sanz B, Simón P, Delgado MT. Ley de autonomía del paciente. *Aten Primaria*. 2003;32:265–7.
4. Feite L. Fundamentos de bioética, de Diego Gracia. *Bioet y Debat*. 2011;17:8–11.
5. Gracia D. Bioética Mínima. Nueva Edl. Madrid: TRIACASTELA; 2019.
6. Jiménez JM. Voluntad vital anticipada: un derecho reconocido en territorio español y Andalucía. En: Ortiz L, editor. *Espacios para hablar y compartir sobre la intervención social y educativa en grupos vulnerables*. Almería: Enfoques Educativos SL; 2015. p. 691–8.

José Manuel Jiménez Rodríguez^{a,b}

^a Servicio Andaluz de Salud, España

^b Universidad de Granada, Granada, España
Correo electrónico: jmjimenez@ugr.es

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.007>

0212-6567/ © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Necesidad de cambio en la definición de caso del sarampión?



Is it necessary to change the measles case definition?

Sr. Editor:

El sarampión es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde 1904¹, definida como: fiebre con exantema más tos, coriza o conjuntivitis. Para conseguir su eliminación la OMS recomienda la vacunación con dos dosis de triple vírica en $\geq 95\%$ de la población²; esta vacuna se introdujo en España en el calendario de vacunación infantil en 1981¹. El plan para la eliminación del sarampión en España se aprobó en el año 2000¹. En 2017 la OMS-Europa² declaró la eliminación del sarampión, aunque durante el período 2017-2018 hubo un resurgimiento de casos con brotes a amplia escala. En Galicia, desde 2011 no hubo brotes de sarampión.

El 24 de abril de 2019, un hospital notificó un caso de sarampión (caso 1) en una trabajadora sanitaria, de 37 años, con un cuadro de fiebre, exantema máculo-papular y tos. Los anticuerpos IgG e IgM anti-sarampión fueron positivos, y los anticuerpos IgG anti-sarampión mostraron baja avidéz. En muestras de exudado faríngeo y orina se detectó genoma de sarampión que se identificó como genotipo D8, haplotipo/variante: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/-variant. La paciente no refirió vacunación frente al sarampión, ni viajes a lugares con brotes de sarampión activos, ni contacto con casos conocidos de sarampión.

El 2 de mayo de 2019 un varón de 43 años, técnico de ambulancia en la misma área sanitaria que el caso 1, sin constancia de vacunación frente al sarampión, fue atendido por fiebre, erupción generalizada y aftas en la boca. El facultativo que lo atendió, conocedor del caso 1 por la difusión de la información realizada desde Salud Pública a través de la publicación *Venres Epidemiológico*³, solicitó serología de

sarampión con resultados: IgG positiva, IgM indeterminada e IgG avidéz indeterminada. Ante estos resultados y al no cumplirse definición de caso, se descartó inicialmente como sarampión, aunque pasó a considerarse como caso (caso 2) al detectarse un tercer caso, confirmado, con que le que tenía un vínculo familiar.

El día 16 de mayo de 2019, se comunicó que había un paciente de 39 años (hermano del caso 2) con fiebre y exantema, sin constancia de vacunación frente al sarampión, con IgM anti-sarampión positiva, IgG negativa e IgG anti-sarampión de baja avidéz (caso 3). Se detectó genoma del virus del sarampión en suero y exudado faríngeo. Se identificó genotipo D8, haplotipo/variante: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/-variant. El resumen de los datos de laboratorio de los tres casos figura en la [tabla 1](#).

Se investigaron los contactos del caso 1 y entre ellos se identificó al caso 2. Se hizo vigilancia activa de todos los contactos, laborales, familiares y sociales, de los tres casos y se recomendó que, en caso necesario, actualizasen su calendario vacunal. Además, se hizo vigilancia activa de todos los pacientes que, en los siete días anteriores a que se diagnosticase el caso 1, fueron atendidos en el centro donde trabajaba este caso; y todos los pacientes atendidos el mismo día en que se consultó el caso 3. No se identificaron más casos.

Este brote, con transmisión laboral/familiar, destaca por la clínica atípica en dos de los casos, sospechados gracias a la difusión del caso 1 a través de *Venres Epidemiológico*. Los casos de sarampión atípico suelen relacionarse con el antecedente de vacunación⁴⁻⁶. En los brotes de sarampión de Portugal⁶, el 44,6% de los casos no cumplían definición de caso y un número elevado eran trabajadores sanitarios vacunados. En este contexto, cabría plantearse si en países con coberturas vacunales elevadas, como España, sería necesario redefinir cuándo sospechar sarampión y plantearse como diagnóstico diferencial ante pacientes con fiebre y rash, sobre todo si están vacunados y viajaron a un país con brote activo o contactaron con algún caso de sarampión.

Tabla 1 Características clínicas y de diagnóstico de laboratorio de los casos del brote

Caso	Edad	Exposición	Fecha inicio síntomas	Cuadro clínico	Vacunación	Fecha 1 ^a muestra	IgM anti-sarampión	IgG anti-sarampión	IgG avidéz anti-sarampión	PCR orina	PCR nasofaríngeo	Genotipo
1	37	Desconocida	12/04/2019	Exantema. Fiebre. Tos	Desconocido	17/04/2019	Positivo (0,28)	Positivo 13.000 mU/mL	Baja	Positiva	Positiva	D8 MVs/Gir.Somnath. IND/42.16/-variant
2	45	Laboral. Contacto caso 1	30/04/2019	Exantema. Fiebre. Aftas	Desconocido	03/05/2019	Indeterminado (0,1)	Positivo 13.000 mU/mL	Indeterminada			
3	39	Familiar. Contacto caso 2	15/05/2019	Exantema. Fiebre	Desconocido	16/05/2019	Positivo (0,72)	Anulado	Baja	Negativa	Positiva	D8 MVs/Gir.Somnath. IND/42.16/-variant

Financiación

Este documento no contó con financiación.

Bibliografía

1. Masa Calles J, Lopez Perea N, Torres de Mier M de V. [Epidemiologic Surveillance on Measles Rubella and Congenital Rubella Syndrome. Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89:365–79.
2. Zimmerman LA, Muscat M, Singh S, Ben Mamou M, Jankovic D, Datta S, et al. Progress Toward Measles Elimination-European Region, 2009-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68:396–401.
3. Venres Epidemiolóxico En:<https://www.sergas.es/Saude-publica/Venres-epidemiol%C3%B3xico?idioma=es>. [consultado 10/10/2019].
4. Melenotte C, Cassir N, Tessonier L, Brouqui P. Atypical measles syndrome in adults: still around. *BMJ Case Rep*. 2015, doi: 10.1136/bcr-2015-211054.
5. Artimos de Oliveira S, Jin L, Siqueira MM, Cohen BJ. Atypical measles in a patient twice vaccinated against measles: transmission from an unvaccinated household contact. *Vaccine*. 2001;19(9–10):1093–6.
6. Augusto GF, Cruz D, Silva A, Pereira N, Aguiar B, Leca A, et al. Challenging measles case definition: three measles outbreaks in three Health Regions of Portugal. February to April 2018. *Euro Surveill*. 2018;23, pii=1800328.<https://doi.org/10.2807/15607917.ES.2018.23.28.1800328>.

Isabel Losada-Castillo^{a,*}, Luisa Abreira-García^b,
María Jesús Purriños-Hermida^a
y Ana Isabel González-Villar^c

^a *Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

^b *Servizo de Alertas Epidemiolóxicas. Xefatura Territorial de Lugo. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

^c *Servizo de Alertas Epidemiolóxicas. Xefatura Territorial de Ourense. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabel.losada.castillo@sergas.es
(I. Losada-Castillo).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.013>

0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).