



**SLIPE**  
Sociedad Latinoamericana  
de Infectología Pediátrica



## Sarampión en América Latina

*Una amenaza persistente*

Jueves 16 de abril de 2026 • WEBINAR



# Vacunas contra sarampión: ¿qué debemos conocer en el actual contexto epidemiológico?



**Dra. Mónica Pujadas Ferrer**

Pediatra- Epidemióloga- Infectóloga pediatra - Diplomada en Vacunología  
Prof. Unidad Académica de Pediatría A- Ex Prof. Adj Depto. Med. Preventiva y Social  
Coordinadora Carrera de Especialización en Infectología Pediátrica - Facultad de Medicina Universidad de la República  
Unidad de Epidemiología e Infectología Pediátrica – Comité de Infecciones - Centro Hospitalario Pereira Rossell  
Comisión Nacional Asesora de Vacunas Ministerio de Salud Uruguay–Consultora OPS/OMS – Ex Presidente SUP  
Com. Vacunas SLIPE-IPA-Integrante del Grupo Asesor Científico Honorario para el manejo de la pandemia Uruguay

# Declaración de conflicto de intereses

- No tengo conflicto de intereses

*Mónica Pujadas Ferrer*

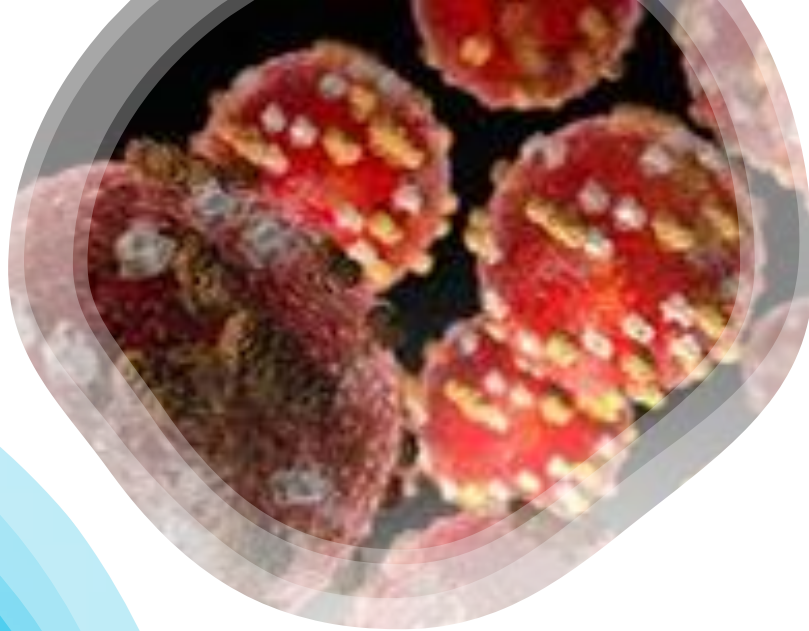


# Puntos a considerar

---

## Vacunas contra sarampión

- Tipos, composición, características y efectividad.
- Seguridad
- Usos e indicaciones
- Respuestas a preguntas frecuentes



**Sarampión: enfermedad  
inmunoprevenible**

# Vacunas contra sarampión

✓ **SRP (MMR)**

✓ **SR (MR)**

• **SRPV/MMRV**

- Existen vacunas contra sarampión desde mediados del siglo XX.
- Vacuna de virus vivos atenuadas que varían en el origen del aislamiento viral, el número de pases celulares, la temperatura y el tipo de líneas celulares utilizadas para su producción.
- Todas cepas pertenecientes a genotipo A.
- Vía subcutánea (preferente y sobre todo en casos de trombocitopenia) pero puede darse intramuscular.
- Localización puede depender de la edad (muslo o deltoides)



# Manual de Vacunas de Latinoamérica

## Características de las vacunas contra sarampión, rubeola y paperas (MMR/SRP)

| Denominación/<br>laboratorio      | Composición                                      | Medios de cultivo                      | Concentración<br>de antígenos |
|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Morupar (Chiron Biocine)          | Cepa Schwarz (sarampión)                         | Células de embrión de pollo            | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Urabe Am9 (parotiditis)                     | Células de embrión de pollo            | $\geq 5.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Winstar RA 27/3 (rubéola)                   | Células diploides humanas MRC5         | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Sulfato de neomicina B 10 ug                     |  |                               |
| MMR II (Merck)                    | Enders derivado de la cepa Edmonston (sarampión) | Células de embrión de pollo            | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Jeryl Lynn tipo B (parotiditis)             | Células de embrión de pollo            | $\geq 5.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Winstar RA 27/3 (rubéola)                   | Células diploides humanas WI-38        | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Neomicina 25 ug                                  |  |                               |
| Priorix (GlaxoSmithKline)         | Cepa Schwarz (sarampión)                         | Células de embrión de pollo            | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | RIT 485, derivado de Jeryl Lynn (parotiditis)    | Cultivos tisulares de embrión de pollo | $\geq 5.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Winstar RA 27/3 (rubéola)                   | Células diploides humanas MRC5         | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Sulfato de Neomicina 25 ug                       |  |                               |
| Trimovax Merieux (Sanofi Pasteur) | Cepa Schwarz (sarampión)                         | Células de embrión de pollo            | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Urabe AM9 (parotiditis)                     | Células de embrión de pollo            | $\geq 5.000$ DICC50           |
|                                   | Cepa Winstar RA 27/3 (rubéola)                   | Células diploides humanas              | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                                   | Neomicina<br>Albúmina placentaria                |  |                               |

| Denominación/<br>laboratorio | Composición   | Medios de cultivo                             | Concentración<br>de antígenos |
|------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Vacuna triple viral          | Cepa Edmonston-Zagreb (sarampión)   | Células diploides humanas                     | $\geq 5.000$ DICC50           |
|                              | Cepa L- Zagreb (parotiditis)  | Células de fibroblastos en embriones de pollo | $\geq 4.000$ DICC50           |
|                              | Cepa Winstar RA 27/3 (rubéola)  | Células diploides humanas MRC5                | $\geq 1.000$ DICC50           |
|                              | Estabilizadores:<br>sorbitol, gelatina,<br>L-arginina, ácido clorhídrico,<br>L-maltosa, cloruro de sodio, hiroлизован de lactoalbúmina,<br>L-alanina. |   |                               |

**SLIPE. Manual de vacunas de Latinoamérica. Edición 2021**  
**Disponible en**  
<https://es.scribd.com/document/561830530/Manual-de-Vacunas-de-Latinoamerica-Ed-2021>

# Serorrespuesta y Efectividad

- Serorrespuesta muy alta: similar a la producida por la enfermedad natural. Una dosis de vacuna SRP: 95% efectividad para prevenir sarampión
- **2 dosis: 98% efectividad**
- Algunas personas no responden a la primera dosis (a los 12 meses o más) (fallo primario hasta 5%)
- La segunda dosis se administra para disminuir el fallo primario (NO como booster)



# Contraindicaciones

- Embarazo
- Reacción alérgica severa posterior a una dosis previa de vacuna o a alguno de sus componentes
- Inmunosupresión severa (congénita, tumores hematológicos o sólidos receptores de quimioterapia, terapias inmunosupresivas prolongadas)
- Uso de fármacos inmunosupresores (consultar con médico tratante)
- Infección avanzada por VIH en caso de inmunodepresión severa :

Adultos: recuento linfocitos CD4  $\leq$  200 cel/mm<sup>3</sup>

Niños

$\leq$  1 año:  $\leq$  750 cel/mm<sup>3</sup>

1-6 años:  $\leq$  500 cel/mm<sup>3</sup>

$\geq$  6 años:  $\leq$  200 cel/mm<sup>3</sup>

**Aunque puede contener trazas de huevo NO ESTÁ contraindicada y ES SEGURA su administración aún en alérgicos al huevo.**

# Precauciones

- Receptores recientes de Ac conteniendo productos sanguíneos ( $\leq 11$  m) ( el intervalo específico depende del producto recibido)
- Historia de trombocitopenia o purpura trombocitopénica.
- Estar cursando enfermedad aguda moderada a severa, con o sin fiebre.

# Seguridad de las vacunas contra sarampión



**Las vacunas  
contra  
sarampión  
son vacunas  
seguras**



# Efectos adversos SRP

- Escasos efectos locales.

Efectos sistémicos leves (>2 días) transitorios: rinofaringitis + fiebre (5-15%), exantema (5%), artritis, artralgiyas, parotiditis (2%).

Efectos severos

✓ Dependien de cada Ag componente

- Hipersensibilidad (neomicina); anafilaxia 1-50/1.000.000.
- Convulsiones febriles: pueden aparecer entre 5 a 12 días posteriores a la vacunación. (1 cada 3.000/4.000 personas)
- Trombocitopenia transitoria: 1 cada 22.000 a 40.000 personas.
- Meningitis/encefalitis: menos de 1 por millón de dosis administradas.

 **SIEMPRE son mayores los riesgos de complicaciones por padecer la enfermedad que los de las vacunas SRP/SR**

## Evaluation of the Safety and Immunogenicity of M-M-RII (Combination Measles–mumps–rubella Vaccine): Clinical Trials of Healthy Children and Adults Published Between 2010 and 2019

Mawuli Nyaku<sup>1</sup>, Elizabeth Richardson<sup>1</sup>, Federico Martinon-Torres<sup>2,3</sup>, Barbara J Kuter<sup>1</sup>

Affiliations + expand

PMID: 34310506 DOI: [10.1097/INF.0000000000003273](#)

# Vacuna SRP: VACUNA SEGURA

### Abstract

**Background:** The safety and immunogenicity of M-M-RII (measles, mumps and rubella virus vaccine live, Merck & Co., Inc., West Point, PA)-the only combined measles, mumps and rubella vaccine licensed for use in the United States-were previously reported in pre- and postlicensure clinical trials conducted from 1988 to 2009. M-M-RII continues to be evaluated as a comparator in clinical trials of other vaccines. Here, we review safety and efficacy data from more recent clinical trials of M-M-RII.

**Methods:** We performed a systematic literature review of trials using M-M-RII published from 2010 to 2019.



**Results:** In the 15 studies that met the inclusion criteria, a total of 12,032 subjects were vaccinated: 7667 persons received a first dose only, 2137 participated in 2-dose studies (128 received 1 dose and 2009 received both) and 2063 received a single dose of M-M-RII as their second dose. Dose number was not specified for 165 participants, ≥6 years old, in 2 studies in which a single dose of M-M-RII was administered. Similar to previous reports, M-M-RII was well tolerated and immunogenic when administered alone or concomitantly with other routinely recommended vaccinations. The most common adverse events included transient injection site pain and fever. Serious adverse events were extremely rare, with only 4 probable or potential vaccine-related events reported among the 12,032 participating subjects.

**Conclusions:** In trials published from 2010 to 2019, M-M-RII continued to be safe and immunogenic in all age groups studied. These data, along with the results of earlier trials, indicate that the performance of the vaccine has been consistent across more than 30 years of postlicensure studies.



Review

# Safety of vaccines used for routine immunization in the United States: An updated systematic review and meta-analysis

Courtney Gidengil <sup>a,b</sup>  , Matthew Bidwell Goetz <sup>c</sup>, Sydne Newberry <sup>d</sup>, Margaret Maglione <sup>d</sup>, Owen Hall <sup>d</sup>, Jody Larkin <sup>d</sup>, Aneesa Motala <sup>d,e</sup>, Susanne Hempel <sup>d,e</sup>

## Background

Understanding the safety of vaccines is critical to inform decisions about vaccination. Our objective was to conduct a systematic review of the safety of vaccines recommended for children, adults, and pregnant women in the United States.

## Methods

We searched the literature in November 2020 to update a 2014 Agency for Healthcare Research and Quality review by integrating newly available data. Studies of vaccines that used a comparator and reported the presence or absence of key adverse events were eligible. Adhering to Evidence-based Practice Center methodology, we assessed the strength of evidence (SoE) for all evidence statements. The systematic review is registered in PROSPERO (CRD42020180089).

Se demostró fuerte evidencia que permite afirmar que **NO hay aumento de riesgo de autismo** con vacuna SRP.

## Results

Of 56,603 reviewed citations, 338 studies reported in 518 publications met inclusion criteria. For children, SoE was high for no increased risk of autism following measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine. SoE was high for increased risk of febrile seizures with MMR. There was no evidence of increased risk of intussusception with rotavirus vaccine at the latest follow-up (moderate SoE), nor of diabetes (high SoE). There was no evidence of increased risk or insufficient evidence for key adverse events for newer vaccines such as 9-valent human papillomavirus and meningococcal B vaccines. For adults, there was no evidence of increased risk (varied SoE) or insufficient evidence for key adverse events for the new adjuvanted inactivated influenza vaccine and recombinant adjuvanted zoster vaccine. We found no evidence of increased risk (varied SoE) for key adverse events among pregnant women following tetanus, diphtheria, and acellular pertussis vaccine, including stillbirth (moderate SoE).

## Conclusions

Across a large body of research we found few associations of vaccines and serious key adverse events; however, rare events are challenging to study. Any adverse events should be weighed against the protective benefits that vaccines provide.

# Sobre el timerosal y el autismo

Es importante aclarar que la vacuna triple viral sarampión, rubéola y paperas (SRP) no contiene timerosal. Lo que alguna vez llevó a una sospecha con autismo fue la asociación temporal de la vacuna SRP que se administraba en muchos países a los 15 meses de edad con la aparición de síntomas de autismo después del primer año de vida. Esta relación se ha rechazado basada en evidencia epidemiológica [1].

<sup>1</sup> [http://www.who.int/vaccine\\_safety/topics/thiomersal/questions/es/index.html](http://www.who.int/vaccine_safety/topics/thiomersal/questions/es/index.html)

EARLY REPORT

### Retracted: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children

A J Wakefield, S H Murch, A Anthony, J Linnell, D M Casson, M Malik, M Berelowitz, A P Dhillon, M A Thomson, P Harvey, A Vaininia, S C Davison, J A Walker-Smith

**Summary**  
Background We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorders.  
Methods 12 children (mean age 6 years [range 3-10], 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records, histology and biopsy sampling, magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow-through radiography was done where possible. Biochemical, haematological, and immunological profiles were examined.  
Findings Onset of behavioural symptoms was associated in the parents with measles, mumps, and rubella vaccination in eight of the 12 children, with measles infection in one child, and stillborn in one. All 12 children had ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and regressive developmental disorder. Histology showed patchy chronic inflammation in 11 children and reactive hyperplasia in one. In seven, but not granulation tissue, was included within crypts, characteristic of regressive developmental disorder or cerebral dysmaturation. There were no focal neurological abnormalities and EEG tests were normal. Magnetic resonance imaging (MRI) showed white matter signal abnormalities and enlarged lateral ventricles. MRI abnormalities were associated with right hemispheric cerebral atrophy, but haemorrhages in four children. Lumbar puncture showed unremarkable cerebrospinal fluid. Regression in a group of seven children, which was generally associated in time with measles environmental triggers.  
Lancet 1998; 351: 637-41  
See Commentary page 641

Infantile Bowel Disease Study Group, University Departments of Medicine and Paediatrics (A J Wakefield, S H Murch, A Anthony, J Linnell, D M Casson, M Malik, M Berelowitz, A P Dhillon, M A Thomson, P Harvey, A Vaininia, S C Davison, J A Walker-Smith) and the University Departments of Paediatric Gastroenterology (S H Murch, M A Thomson, J A Walker-Smith), GMI and Adolescent Psychiatry (D Berelowitz), Paediatric Psychology (P Harvey), and Paediatrics (J Vaininia) Royal Free Hospital and School of Medicine, London NW3 2PG, UK  
Correspondence to Dr A J Wakefield

© 1998 LANCET Ltd. 0140-6736/98/351-637

¿Existe relación entre la vacuna y el autismo? **FALSO**

## THE LANCET

The Lancet, Volume 351, Issue 9152, Pages 637 - 641, 28 February 1998  
doi:10.1016/S0140-6736(97)11096-0

This article was retracted

RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children

Dr A J Wakefield FRCS, FRCR, St. Mary's, MB B, S. Anthony MB B, J Linnell PhD, D. M. Casson FRCP, M. Malik FRCP, M. Berelowitz FRCPsych, A. P. Dhillon FRCPsych, M. A. Thomson FRCP, P. Harvey FRCP, A. Vaininia FRCS, S. C. Davison MRCPsych, J. A. Walker-Smith FRCP

### Summary

#### Background

We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorder.

#### Methods

12 children (mean age 6 years [range 3-10], 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records, histology and biopsy sampling, magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow-through radiography was done where possible. Biochemical, haematological, and immunological profiles were examined.

RETRACTED



**Vacunas  
contra  
sarampión:  
usos e  
indicaciones**

# Vacunas contra sarampión SRP(MMR): uso universal en calendario (de rutina)

- 1ª dosis debe ser administrada a los 12 meses (y no más allá de los 15 m)
- 2ª dosis: pese a que inicialmente se recomendaba al inicio escolar (4-6 a), ACTUALMENTE se recomienda a edades más tempranas (15 – 18 m)
- Intervalo mínimo entre 1ª y 2ª dosis: 28 días
- En casos de escolares y/o adolescentes que no recibieron segunda dosis: SIEMPRE darla independientemente del momento de la 1ª dosis (respetando intervalo mínimo entre dosis)

## **ESQUEMA COMPLETO: DOS DOSIS**

- MMRV (SRP + varicela): Puede administrarse entre 1 a 12 años

# Profilaxis postexposición

- ✓ Los datos disponibles muestran que la vacuna administrada hasta 72 hs postexposición a individuos susceptibles expuestos, protege de la enfermedad o modifica los síntomas atenuando complicaciones.
- ✓ Debe considerarse su administración a todos los expuestos elegibles (no vacunados o con 1 sola dosis y que no padecieron la enfermedad).
- ✓ Si la exposición no deriva en infección, la vacuna induce protección contra exposiciones subsecuentes al sarampión.
- ✓ La vacunación es la intervención de elección para control de brotes escolares y centros de cuidados.

# Profilaxis post exposición a personas expuestas (NO inmunocomprometidas ni gestantes)

| Age Range        | Measles Immune Status <sup>a</sup>       | PEP Type Depending on Time After Initial Exposure   |  |  |
|------------------|--|---|--|--|
|                  |  | ≤3 days (≤72 hours)   | 4–6 days   | >6 days  |
| All ages (≥6 mo) | Immune                                   | • PEP not indicated. Exposed person has documented immunity.  |  |  |
| <6 mo            | Nonimmune (because of age <sup>b</sup> ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer immune globulin intramuscular (IGIM)<sup>e</sup></li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEP not indicated (too late).</li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul> |
| 6–11 mo          | Nonimmune                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer MMR vaccine (MMR vaccine preferred over immune globulin [IG])</li> <li>• No quarantine needed.<sup>e</sup></li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer IGIM<sup>e</sup></li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEP not indicated (too late).</li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul> |
| ≥12 mo           | Nonimmune                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer MMR vaccine</li> <li>• No quarantine needed<sup>e</sup></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG PEP usually not administered<sup>f</sup></li> <li>• Home quarantine,<sup>d</sup> then administer MMR vaccine to protect from future exposures</li> </ul> |  |
| ≥12 mo           | 1 dose of MMR vaccine                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer 2<sup>nd</sup> MMR vaccine dose if ≥28 days from the first dose</li> <li>• No quarantine needed (person had 1 dose when exposed)</li> </ul> |  |  |

# Profilaxis post exposición a personas expuestas inmunocomprometidas o gestantes

| Category                                | Measles Immune Status <sup>a</sup>                 | PEP Type Depending on Time After Initial Exposure  |          |   |
|---|--|--|----------|---|
|   |  | ≤3 days (≤72 hours)  | 4–6 days | >6 days   |
| Severely immunocompromised <sup>b</sup> | IG recommended regardless of measles immune status | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer immune globulin intravenous (IGIV)<sup>c</sup></li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul> |          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEP not indicated (too late)</li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul> |
| Pregnant                                | Immune   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEP not indicated</li> </ul>  |          |   |
|   | Nonimmune  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer IGIV<sup>c</sup></li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul>                               |          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEP not indicated (too late)</li> <li>• Home quarantine<sup>d</sup></li> </ul> |

# Vacunas contra sarampión: situaciones especiales

- ➔ Vacunación a viajeros internacionales: inmunización antes del viaje (incluyendo **dosis 0** a lactantes 6 a 11 m)
- ➔ Vacunas en situación de brote (vacunación de bloqueo)
- ➔ Personal de salud
- ➔ Niños en adopción
- ➔ Ingresos a centros educativos



# Vacunación a viajeros internacionales



- **Todo viajero internacional debe estar adecuadamente inmunizado antes del viaje.**
- **OBJETIVO:** evitar que se contagien – evitar la reintroducción de sarampión en el país.
- En caso de no contar con DOS dosis de vacuna debe vacunarse en plazos de al menos dos semanas antes del viaje.
- **Dosis 0:** lactantes entre 6 y 11 meses deben recibir una dosis al menos dos semanas antes del viaje (llamada **dosis 0 porque no se cuenta dentro del calendario**), debiendo luego recibir las 2 dosis habituales del esquema.



# Consideraciones sobre vacunas en personal de salud

- Vacunas sistemáticas del adulto
- Trabajador de salud que a su vez integra grupos de riesgo por enfermedad de base
- Trabajador de salud según área de la salud donde trabaja
- **DERECHO Y DEBER DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.**



# Objetivos



➔ Proteger a los trabajadores del riesgo de contraer Enfermedades transmisibles. (sano o con condiciones de Riesgo: inmunodepresión, enfermedad crónica) (autoprotección).

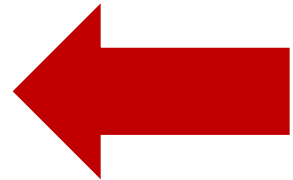
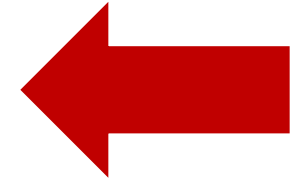
➔ Evitar que los trabajadores puedan ser fuente de contagio para los pacientes a los que atienden, para otros trabajadores sanitarios y para la comunidad. (Principio ético).

# Objetivos

Predicar con el ejemplo, pues difícilmente se puede proponer un tratamiento preventivo a la población que, al mismo tiempo, los profesionales de la salud rechazan. (Ejemplaridad).

---

Evitar el ausentismo laboral como consecuencia de Enfermedades infecciosas adquiridas por los trabajadores en el desempeño de sus funciones. Se considera además que deben estar disponibles para poder atender a los que están enfermos. (Protección social).



# Sarampión

# Vacunación de bloqueo



# VACUNACIÓN DE BLOQUEO : MEDIDA CENTRAL PARA CORTAR TRANSMISIÓN Y CONTROL DE BROTE

Ante la confirmación de casos, se indica la administración **inmediata** de vacuna contra sarampión a todas las personas elegibles, independientemente de su antecedente de exposición, priorizando:

- Contactos cercanos y convivientes de casos confirmados
- Niños de 12 meses a 6 años sin esquema completo o sin registro vigente.
- Entornos educativos, recreativos y comunitarios vinculados a los casos.
- Localidades con brechas vacunales mayor o igual a 5%, especialmente aquellas con más de 10% sin SRP 1.



# Vacunación de bloqueo

- ✓ Se debe iniciar la estrategia de vacunación de bloqueo dentro de las primeras 72 horas desde la identificación del caso y continúa con la ampliación territorial para alcanzar al mayor número de susceptibles .
- ✓ La vacunación de bloqueo se basa en el principio de intervenir rápidamente sobre la cohorte elegible, reduciendo la probabilidad de generación e casos secundarios y fortaleciendo la inmunidad colectiva en el territorio afectado.



# Algunas consideraciones sobre los eventos adversos durante la vacunación en brotes epidémicos

- Personas que desarrollen fiebre y exantema luego de la vacuna: no transmiten el virus vacunal.

PERO es importante discernir si puede ser un caso de infección por el virus salvaje en el contexto de brote.

- ✓ ES IMPORTANTE hacer esa diferenciación para establecer adecuadamente medidas de control (aislamiento) y orientar a las medidas de salud pública de control de brote.



# Recomendaciones para el uso de vacuna contra sarampión 2026

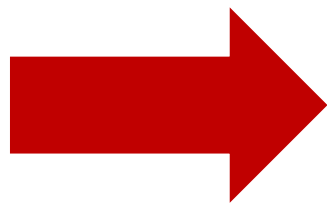
1. Vacunas contra sarampión para las estrategias de vacunación selectiva destinadas a la preparación y respuesta rápida a brotes:
  - En niños desde 12 meses hasta 10 años, se puede utilizar cualquiera de las vacunas triple vírica sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), incluidas las con cepa parotiditis Leningrado-Zagreb (SRP-LZ) o Jeryl-Lynn (SRP-JL), o la vacuna sarampión-rubéola (SR).
  - Si se va a vacunar a personas de 10 años o más y a grupos de riesgo mayores de 10 años, es preferible utilizar SR o SRP-JL.
  - Si durante un brote no se dispone de vacuna SR ni SRP-JL, los países deben revisar la situación y considerar el uso de SRP-LZ en personas de 10 años o más y en grupos de riesgo mayores de 10 años, sopesando los riesgos de la vacunación frente a los riesgos de la inacción. Si los países toman la decisión de utilizar la vacuna SRP-LZ durante un brote, es esencial que consideren (a) reforzar la vigilancia integral de la seguridad de la vacuna con apoyo de laboratorio para monitorizar los eventos adversos (como la meningitis aséptica), y (b) asegurar la comunicación a los potenciales vacunados y al público sobre la seguridad de la vacuna/eventos supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) de la vacuna SRP-LZ y el manejo efectivo de la meningitis aséptica por parte de los médicos.

# Recomendaciones para el uso de vacuna contra sarampión 2026



2. Países con brotes activos: considerar la introducción de una dosis cero de vacuna contra sarampión en niños de 6 a 11 meses. No puede usarse SRPV a menores de 12 meses.

3. Vigilancia de sarampión /rubeola y de coberturas de vacunación para identificar posibles áreas de vulnerabilidad. Especial atención a entornos que congregan multitudes y de múltiples países o con historial reciente de viaje, como conciertos de música, eventos religiosos, temporadas de peregrinación y eventos deportivos de gran escala. **En el contexto de la Copa Mundial de la FIFA 2026, se recomienda que los países implementen medidas adicionales de vigilancia, incluyendo la búsqueda activa de casos, para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola.**





# Recomendaciones para el uso de vacuna contra sarampión 2026

4. **La respuesta rápida a un brote de sarampión debe iniciarse en las primeras 48 horas luego de la notificación de un caso.** La respuesta debe incluir un componente proactivo de vacunación de las personas en riesgo, incluyendo estrategias de vacunación selectiva –como la vacunación de bloqueo y el barrido documentado–. La vacunación masiva podría ser necesaria durante un brote de gran magnitud.
5. Los países deben esforzarse por alcanzar el **objetivo de dos dosis de la vacuna SRP y lograr una cobertura nacional mínima del 95% en al menos el 80% de sus municipios.**
6. Cada país debe evaluar la vulnerabilidad de la población ante un brote de sarampión basándose en tasas de cobertura de la vacunación.

7. Los países deben identificar grupos de alto riesgo y desarrollar estrategias para mejorar la cobertura de vacunación contra el sarampión.

8. Tomar medidas para prevenir nuevos brotes vacunando a las personas susceptibles

**Desarrollar estrategias para aumentar coberturas de vacunación: oportunidades, trabajar en confianza en vacunas.**

# Guía para trabajar con familias indecisas ante la vacunación

---

- 1. Escuchar y entender las preocupaciones específicas de los padres**
- 2. Utilizar técnicas de entrevista motivacional**
- 3. Ser firmes en el mensaje, usar lenguaje claro y hablar de riesgos de la enfermedad**
- 4. Proponer técnicas para el control del dolor al vacunar**
- 5. Evitar el rechazar o dejar de atender a los niños no vacunados**



# Respuestas a preguntas frecuentes



- Si se administra la vacuna en casos de ya haber recibido dos dosis previas: **NO HAY NINGÚN RIESGO AUMENTADO**
- Si se administra la vacuna en casos de ya haber cursado previamente la enfermedad: **NO HAY NINGÚN RIESGO AUMENTADO**
- Las vacunas contra sarampión pueden administrarse en forma simultánea con cualquier otra vacuna.
- Las personas inmunizadas **NO** transmiten el virus vacunal



# Para recordar



## Sarampión: **NO** es una enfermedad banal

- 30 % de las personas con sarampión presentan una complicación
- 1 de 4 personas requieren internación
- 1 cada 1000-2000 fallecen

Enfermedad MUY contagiosa pero pasible de eliminación

**ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE:** Dos dosis de vacuna o antecedente de enfermedad: inmunidad prolongada

**VACUNAS contra sarampión:** efectivas y seguras

➔ Una Epidemia de sarampión es un enorme **problema de salud pública**

# **Sarampión: mantener la eliminación y evitar la reemergencia es tarea de todos**



**Gracias  
Comité de Vacunas SLIPE**