

# Sarampión en la Argentina: una vieja enfermedad, un gran desafío

El sarampión es una enfermedad viral, altamente transmisible por vía respiratoria, con un R0 de 16 -18, es decir que una persona con sarampión puede transmitir la infección a 16 a 18 personas susceptibles. Se presenta en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años, desnutridos e inmunocomprometidos. Puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central, como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera o encefalomielitis postinfecciosa.

Se lo ha declarado como enfermedad eliminable en las Américas, entendiéndose como tal la reducción a cero de la incidencia de casos confirmados en la región, resultado de esfuerzos organizados, en este caso la vacunación, y del requerimiento de medidas continuas para prevenir el restablecimiento de la transmisión.

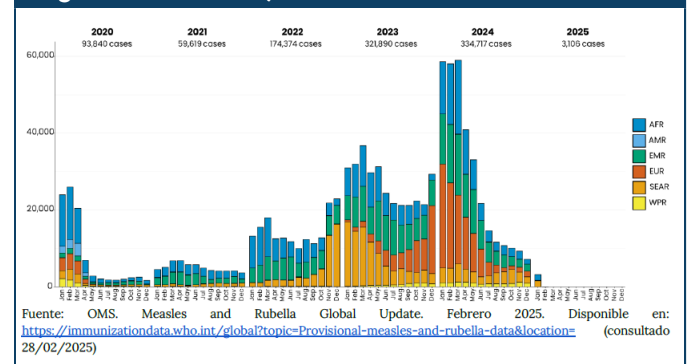
En este contexto, ha cambiado la definición de caso sospechoso por una más sensible. Frente a un paciente no debemos pensar en un sarampión con todas las características clínicas que hemos conocido en el pasado y hemos visto en algunos brotes o en las descripciones históricas, sino en una definición que nos permita no perder un solo caso (1).

Es por ello que un caso sospechoso se define como toda persona con un cuadro febril agudo exantemático (independiente del estado de vacunación) o cuando el equipo de salud piense que puede ser un sarampión. Luego es clave el envío de muestras al laboratorio para serología, cultivo e identificación genómica.

En 1994, los países establecieron el objetivo conjunto de eliminar la transmisión endémica del sarampión para el año 2000 a través de la implementación de estrategias de vigilancia y vacunación recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud. Para 2002, la transmisión endémica del sarampión en las Américas había acabado,

pero se resolvió esperar a que se pudiera declarar conjuntamente con la eliminación de la rubéola, hecho que sucedió en 2015. Los brotes de sarampión de Venezuela y Brasil retrasaron este proceso, pero finalmente en 2024 la región de las Américas fue nuevamente verificada como libre de sarampión, manteniéndose al mismo tiempo la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (2). El notable aumento de casos en 2025, en comparación con años anteriores, pone en riesgo este logro (Figura 1) (3).

**Figura 1. Casos de sarampión por mes según regiones de la OMS, 2000-2025**



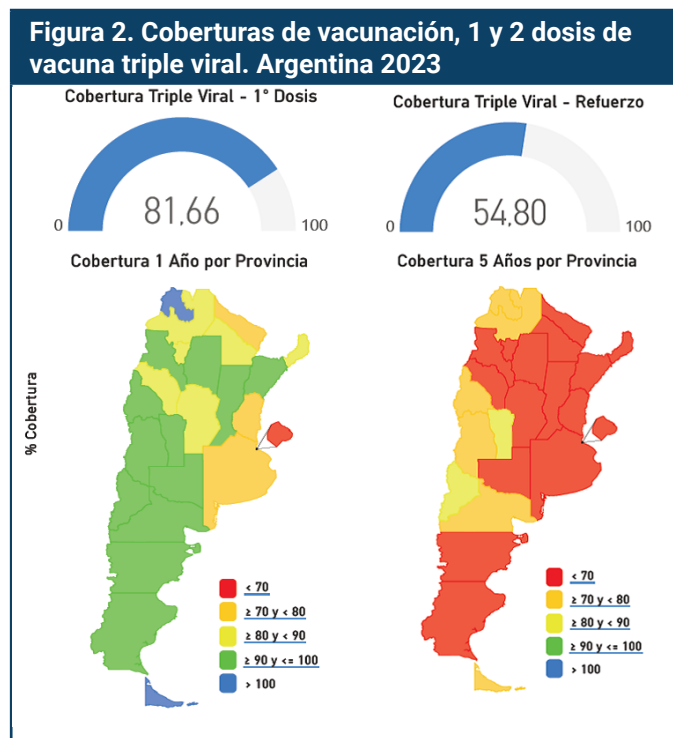
Hasta la semana epidemiológica 8 se han confirmado 268 casos en Canadá, Estados Unidos, Argentina y México (4), incluyendo dos defunciones al momento actual en Estados Unidos. Al 7 de marzo, en el brote en Texas, Estados Unidos, se han identificado 198 casos y 10 en Nuevo Méjico, lo cual refuerza la necesidad de intensificar las estrategias de prevención, detección temprana y control.

En la Argentina, al 17 de marzo se han notificado 11 casos de sarampión, siete en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Palermo) y cuatro en Provincia de Buenos Aires (Florencio Varela), pertenecientes por el momento a la misma cadena de transmisión, pero que ya nos hablan de la posibilidad de transmisión comunitaria (dos casos importados de niñas de origen ruso, casos coprimarios). En los ocho casos se identificó el genotipo B3 linaje MVs/ Buenos Aires. ARG/5.25.

Ante este panorama, la OPS insta a los países a fortalecer la vigilancia epidemiológica y aumentar las coberturas de vacunación, especialmente en poblaciones de alto riesgo. El sarampión se previene con vacunación. Contamos con una vacuna de probada eficacia y seguridad, la vacuna

triple viral que previene contra sarampión, rubeola y paperas, pero... ¿cómo estamos vacunando y a quiénes?

Según los últimos datos disponibles de 2023, la cobertura del país para la primera dosis fue de 81,6% y 54,8% para la segunda dosis (Figura 2). Sin embargo, estas coberturas no son homogéneas, detectándose enormes brechas entre jurisdicciones con un acumulo de susceptibles preocupante (5). Como en la Argentina el sistema está nominalizado, se pudo sumar a la cobertura las dosis atrasadas que se fueron recuperando, lo cual permite afirmar que para 2023 la cobertura final de la primera dosis alcanzó el 91,5% y la de segunda dosis, 80,6%. Esto es asimismo desafiante, porque lo importante es la oportunidad de la vacunación... ¿cuánto tiempo estuvieron esos niños en riesgo?



[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/05/nacion\\_cnv\\_2023\\_actualizado-18dic2024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/05/nacion_cnv_2023_actualizado-18dic2024.pdf)

La situación con respecto a la segunda dosis es también preocupante ya que al ser el sarampión una enfermedad de transmisión respiratoria, sumamente contagiosa, se necesita por lo menos un 95% de cobertura en cada jurisdicción y la cobertura de la segunda dosis, sobre todo, dista mucho de ello, sumado a la falta de homogeneidad entre provincias.

Las bajas coberturas con triple viral en grandes centros urbanos o jurisdicciones fronterizas implican un alto riesgo de reintroducción del sarampión y la rubéola en nuestro país. Tal como lo muestra el informe del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría, las coberturas durante 2022 en la región Centro fueron de 79,1% para la primera dosis y 84,3% para la segunda dosis. Estas coberturas se encuentran muy por debajo de lo necesario para evitar la expansión del brote en esta región actualmente afectada.

En agosto de 2024, en vista de los nuevos datos, la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaiN) recomendó bajar la edad de administración de la segunda dosis y aplicar la misma en el segundo año de vida, habida cuenta no solo de las bajas coberturas sino también del acumulo de susceptibles entre ambas dosis, que hacen necesario cerrar esta brecha ante el riesgo de brote.

En el momento actual, frente a esta situación epidemiológica, la política de vacunación debe ser enérgica dada las características de la enfermedad, se debe pensar en una dosis extra en menores de un año y administrar la segunda dosis de calendario en el segundo año de vida, sobre todo en las dos jurisdicciones afectadas y, en un futuro próximo, cambiar en el calendario nacional el momento de aplicación de la misma para todo el país.

Un esfuerzo conjunto de autoridades, sociedades científicas, jefes de programas de inmunización, educadores y periodistas, junto a una muy buena comunicación a la comunidad, es clave. Aceptemos este desafío trabajando en equipo.

**Ángela Gentile**

Presidente de la Comisión Nacional de Sostenibilidad de Sarampión, Rubeola y Rubeola Congénita  
Presidente de la CoNaiN

## Bibliografía consultada

1. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Actualización 2022. Disponible en <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>
2. Organización Mundial de la Salud. Immunization data-Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 26 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Measles outbreak in the post-elimination era: Case study. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/en/course/measles-case-study>
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 28 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Coberturas de vacunación <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>
6. Actas Reuniones Conain. <https://www.argentina.gob.ar/actas-y-presentaciones-de-las-reuniones-conain/actas-reuniones-conain-2024>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

# Measles in Argentina: an old disease, a major challenge

Measles is a viral disease, highly transmissible by respiratory route, with an  $R_0$  of 16-18, i.e. a person with measles can transmit the infection to 16 to 18 susceptible persons. It occurs in all age groups, being more severe in malnourished and immunocompromised children under 5 years of age. It can cause serious respiratory complications such as pneumonia, and central nervous system complications such as seizures, meningoencephalitis, blindness or post-infectious encephalomyelitis.

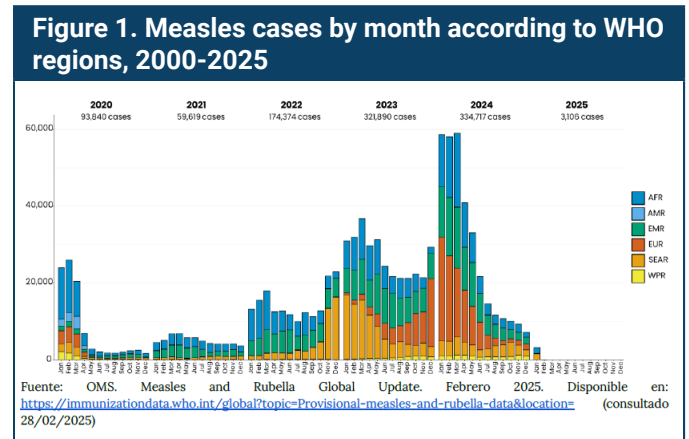
It has been declared as an eliminable disease in the Americas, meaning the reduction to zero of the incidence of confirmed cases in the region, as a result of organized efforts, in this case vaccination, and the requirement of continuous measures to prevent the resurgence of transmission.

In this context, the definition of a suspect case has been changed to a more sensitive one. Faced with a patient, we should not think of measles with all the clinical features that we have known in the past and have seen in some outbreaks or in historical descriptions, but a definition that allows us not to miss a single case (1).

Therefore, a suspected case is defined as any person with an acute febrile exanthematous presentation (regardless of vaccination status) or when the health care team thinks it may be measles. Then it is key to submit samples to the laboratory for serology, culture and genomic identification.

In 1994, the countries established the joint goal of eliminating endemic measles transmission by the year 2000 through the implementation of surveillance and vaccination strategies recommended by the Pan American Health Organization. By 2002, endemic measles transmission in the Americas had ended, but it was decided to wait until it could be declared in conjunction with the elimination of rubella, which occurred in 2015. Measles outbreaks in Venezuela and Brazil delayed this process, but finally in 2024 the Americas region was again verified as measles-free, while maintaining the elimination of rubella and

congenital rubella syndrome (2). The significant increase in cases in 2025, compared to previous years, puts this achievement at risk (Figure 1) (3).



As of epidemiological week 8, 268 cases have been confirmed in Canada, the United States, Argentina and Mexico (4), including two deaths to date in the United States. As of March 7, 198 cases have been identified in the outbreak in Texas, United States, and 10 in New Mexico, reinforcing the need to intensify prevention, early detection and control strategies.

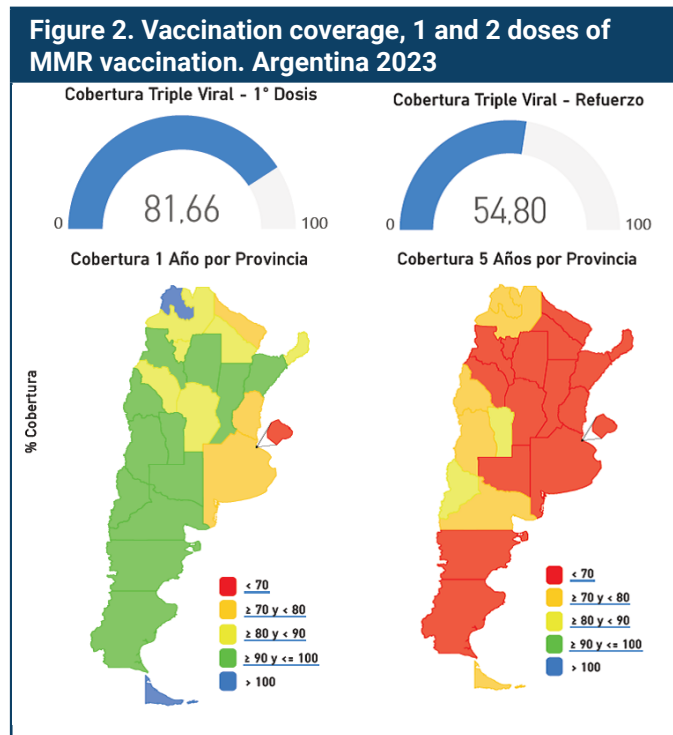
In Argentina, as of March 17th, eleven cases of measles have been reported, seven in the Autonomous City of Buenos Aires (Palermo) and four in the Province of Buenos Aires (Florencio Varela), pertaining so far to the same chain of transmission, but which already point to the possibility of community transmission (two imported cases of girls of Russian origin, co-primary cases). The B3 genotype, lineage MVs/ Buenos Aires.ARG/5.25, was identified in all eight cases.

Given this scenario, PAHO urges countries to strengthen epidemiological surveillance and increase vaccination coverage, especially in high-risk populations. Measles can be prevented with vaccination. We have a vaccine of proven efficacy and safety, the MMR vaccine that prevents measles, rubella and mumps, but... how are we vaccinating and who are we vaccinating?

According to the latest available data for 2023, the country's coverage was 81.6 % for the first dose and 54.8 % for the second dose (Figure 2). However, this coverage is not homogeneous, with huge gaps between different districts and a worrying accumulation of susceptibility

(5). Since the system in Argentina is nominalized, it was possible to add the delayed doses that were recovered to the coverage, which allows us to assert that by 2023 the final coverage reached 91.5 % for the first dose and 80.6 % for the second dose. This is also challenging, because the key aspect is the timing of the vaccination, so...how long were those children at risk?

In August 2024, in light of the new data, the Argentine National Commission on Immunization (CoNaiN) recommended lowering the age of administration for the second dose and applying it in the second year of life, taking into account not only the low coverage but also the accumulation of susceptible cases between the two doses, which makes closing this gap necessary in view of the risk of an outbreak.



[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/05/nacion\\_cnv\\_2023\\_actualizado-18dic2024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/05/nacion_cnv_2023_actualizado-18dic2024.pdf)

The situation with respect to the second dose is also worrisome since, as measles is a respiratory-transmitted and highly contagious disease, at least 95 % coverage is needed in each region and the coverage of the second dose, above all, is far from this, in addition to the lack of homogeneity among provinces.

Low MMR coverage in large urban centers or border areas implies a high risk of reintroduction of measles and rubella in our country. As shown in the report by the Observatory of Childhood and Adolescence of the Argentine Society of Pediatrics, coverage during 2022 in the Central region was 79.1 % for the first dose and 84.3 % for the second dose. These coverages are far below what is necessary to prevent the spread of the outbreak in this currently affected region.

At present, in view of this epidemiological situation, the vaccination policy should be strict given the characteristics of the disease. An extra dose should be considered for children under one year of age and the second calendar dose should be administered in the second year of life, especially in the two affected regions, and, in the near future, the timing of vaccination should be changed in the national calendar for the whole country.

A joint effort of authorities, scientific societies, heads of immunization programs, educators and journalists, together with a very effective communication to the community, is key. Let's take this challenge working as a team.

**Ángela Gentile**

Chairperson of the National Measles, Rubella and Congenital Rubella Sustainability Commission  
Chairperson of CoNaiN

## References

1. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Update 2022. Available at: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>
2. World Health Organization. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Geneva: WHO; 2024 [accessed February 26, 2025]. Available at: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
3. Pan American Health Organization. Measles outbreak in the post-elimination era: Case study. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2024. Available at: <https://campus.paho.org/en/course/measles-case-study>
4. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks. Atlanta: CDC; 2024 [accessed February 28, 2025]. Available at: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Coberturas de vacunación <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>
6. Actas Reuniones Conain. <https://www.argentina.gob.ar/actas-y-presentaciones-de-las-reuniones-conain/actas-reuniones-conain-2024>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>