

REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

SciELO Chile

www.revistachilenadepediatria.cl

www.scielo.cl

Rev Chil Pediatr. 2019;90(3):343-350 DOI: 10.32641/rchped.v90i3.1202

HACE 75 AÑOS

Prevención de una epidemia de sarampión en la Casa Nacional del Niño

Publicado en Revista Chilena de Pediatría el año 1933

Prevention of measles outbreak in National Orphans House *Published in Revista Chilena de Pediatría the year 1933*

Autor: Anibal Ariztíaª

Comentario: Luisa Schonhaut B.b, Guillermo Repetto D.c

^aCasa Nacional del Niño

^bClínica Alemana, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile ^cFacultades de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile, ex jefe del Servicio de Pediatría Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

Palabras claves: Sarampión; historia medicina. **Keywords:** Measles; history of medicine.

Introducción

El sarampión, también conocido en la cultura popular como alfombrilla, es una enfermedad exantemática altamente contagiosa que ha cobrado un elevado número de víctimas a lo largo de la historia de la humanidad. La epidemia de sarampión del año 1900, descrita como la de mayor morbimortalidad conocida, motivó la creación del primer hospital de niños del país, además de la implementación de un hospital provisional, que complementaban las casas de huérfanos que existían desde tiempos coloniales.¹

A pesar de los esfuerzos realizados, faltarían muchos años para instalar las medidas profilácticas adecuadas. Las opciones sanitarias disponibles en aquellos años no eran suficientes controlar los estragos de la alfombrilla, que tenía una rápida propagación y cobraba

gran número de víctimas, especialmente entre los más pequeños. En el ensayo sobre la profilaxis del sarampión publicado el año 1934, el Dr. Steeger describía "el aislamiento del enfermo, que es uno de los métodos más empleados en las enfermedades infectocontagiosas, ha fracasado totalmente en el sarampión como recurso profiláctico por la enorme contagiosidad de él en el período prodrómico."²

A principios de siglo XX, la Casa Nacional del Niño albergaba alrededor de 1200 niños fundamentalmente por motivos sociales. "En el año 1927 la epidemia entró también en los servicios de lactantes, donde produjo resultados desastrosos, tanto por las cifras de mortalidad que subieron en algunos servicios a más de 60%, como por las deficientes condiciones de salud y estados de distrofia en que quedaron los sobrevivientes." (Ariztía A 1933).

Los numerosos esfuerzos por desarrollar inmunización activa habían sido infructuosos, mientras que la inmunización pasiva, a partir de anticuerpos de "suero de la sangre de enfermos de sarampión extraída al noveno día de convalecencia" era una medida promiso-

Correspondencia: Luisa Schonhaut B. lschonhaut@alemana.cl ria para "impedir el estallido de la enfermedad una vez contagiado el niño y aún el contagio mismo" (Ariztía A 1933). Sin embargo, esta medida no estaba exenta de riesgos; según describiera el Dr. Steeger en 1934, eran sólo dos infecciones las que podían transmitirse a través del suero: la sífilis y la tuberculosis.²

En el presente manuscrito, reproducido en la sección "Hace 75 años", el Dr. Ariztía relata la progresión de la epidemia de sarampión de los años 30 en la Casa Nacional del Niño y las medidas adoptadas para controlarla. Cuando aparecieron los primeros casos de sarampión en el año 1932, "se procedió a recolectar suero de convalecientes" y se condujo un ensayo clínico, en el cual se inocularon 31 niñas de 7 a 9 años con distintas dosis de suero, logrando disminuir la incidencia de 29,5% a 12%-18% dependiendo de la cantidad administrada y del momento de inoculación. En cuanto a los casos que desarrollaban la enfermedad, esta transcurría "en forma atenuada, tanto en su duración como en su sintomatología".

En dicha investigación se demostró que "en una sección de niños debe practicarse la inyección de suero en la totalidad de los reunidos en ella, tan pronto aparece el primer caso de sarampión". En los servicios de lactantes hubo ocho diferentes contagios de sarampión en los cinco meses que siguieron al estudio, repitiéndose la administración de suero de convalecientes toda vez que aparecía un caso, logrando detener la epidemia y "ningún caso fatal que lamentar, todo lo cual contrasta con las grandes epidemias de años anteriores que alcanzaban un morbilidad que afectaba a todos los asilados susceptibles de contraer la afección y se acompañaba de mortalidades que, como se dijo, pasaba del 50 y 60%".

"Prevención de una epidemia de sarampión en la Casa Nacional del Niño" publicado por el Dr. A. Ariztía en Revista Chilena de Pediatría el año 1933*

Las epidemias de sarampión presentan peculiaridades tales como su gran difusibilidad, su propagación en brotes explosivos, debido a la alta contagiosidad durante el período prodrómico de la afección y al plazo de incubación bien delimitado, que las distingue de otras epidemias y permite seguir el estudio de su evolución espontánea y de las modificaciones impuestas a ella por las medidas profilácticas que se adopten.

Las condiciones de difusión y propagación y la intensidad de los brotes explosivos de la epidemia son determinadas casi exclusivamente por las particularidades de la población afectada, la cantidad de individuos que no han sufrido previamente la enfermedad y las condiciones de vida y relaciones entre ellos, que faciliten o dificulten su contacto, densidad de población, aglomeraciones en colegios o establecimientos, etc. De ahí que el curso y sucesión de las epidemias difiera en las pequeñas aldeas más o menos aisladas o en los establecimientos que aglomeran niños, sigue a la aparición de los primeros casos el violento estallido de la epidemia, que los contamina a todos, dejándolos inmunes, con lo cual la epidemia entra en receso por algunos años, hasta que nuevamente se acumule una masa de individuos que no han sufrido el contagio. En las grandes ciudades aquellos estallidos tienen lugar en forma sucesiva, siguiendo las diferentes agrupaciones de niños, especialmente en colegios, después de lo cual la epidemia declina para dar lugar a la presentación de casos aislados y esporádicos que no se extienden en una nueva epidemia hasta que se llega al cabo de períodos entre tres o cuatro años a tener una existencia importante de individuos no inmunes.

La Casa Nacional del Niño, establecimiento cerrado con los caracteres de asilo, alberga en su interior alrededor de mil niños de edad escolar, hombres y mujeres, y más o menos doscientos lactantes que se encuentran distribuidos en dieciséis secciones, de poco mas de cincuenta niños cada una, según las edades, para los efectos de sus clases, dormitorios, etc. Cada dos o tres secciones cuentan con patios comunes donde se reúnen en las horas de recreo y además, cada sección o cada dos secciones, en algunos casos, cuenta con pequeños patios donde pueden mantenérseles separadas de las demás (figura 1). La recepción de los recién ingresados se hace directamente en los servicios comunes, sin que exista un servicio de cuarentena u observación. Los lactantes se encuentran asilados en tres servicios que cuentan cada uno con dos grandes salas con capacidad para dieciocho niños cada una, separados por boxes o tabiques de vidrio dentro de las salas y además, un servicio de cuarentena y aislamiento con pequeñas salas de cuatro o cinco cunas con capacidad para treinta y seis niños en total.

Dadas las condiciones de esos servicios se comprende que la aparición de un caso de sarampión sea seguida luego del estallido de violentas epidemias con los caracteres antes expuestos. La morbilidad epidémica del establecimiento refleja más o menos con exactitud la existente en la ciudad de Santiago, debido al movimiento continuo de ingreso de los niños que regresan de la colocación familiar después de cumplidos los seis años de edad y de los lactantes que continuamente son aceptados en forma temporal o permanente, según sean las causales de índole social que motivan la hospitalización.

En el ano 1924 se produjo en el establecimiento una

^{*} El manuscrito original fue levemente modificado; debido a su extensión, se eliminaron los párrafos que describen la preparación del suero de convalecientes y algunos párrafos que describen cada uno de los contagios.

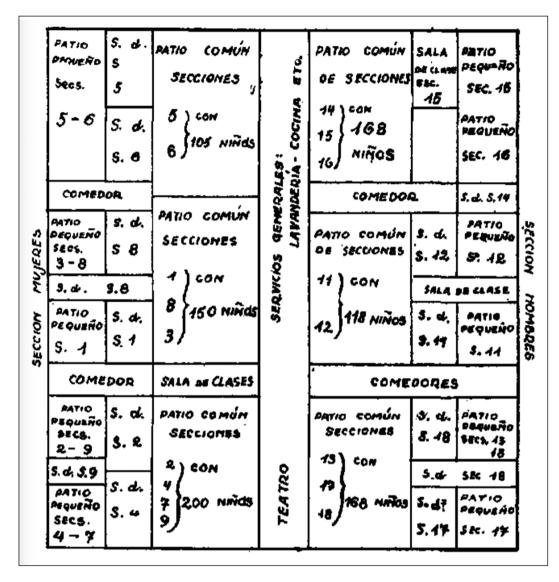


Figura 1. Tipografía de los servicios de la Sección Escolar Hombres y Mujeres de la Casa Nacional del Niño.

gran epidemia de sarampión dentro de la población escolar, que afectó a 249 niños, entre hombres y mujeres (148 y 141, respectivamente), con nueve casos de muerte. En los tres años siguientes continuaron apareciendo algunos casos entre los nuevos ingresados y así hubo 51 casos en 1925, 70 en 1926 y 38 en 1927. Desde esa fecha hasta el presente año, no se habían vuelto a presentar casos de sarampión en dicha población escolar. En el ano 1927 la epidemia entró también en los servicios de lactantes, donde produjo resultados desastrosos, tanto por las cifras de mortalidad que subieron en algunos servicios a más de 60%, como por las deficientes condiciones de salud y estados de distrofia en que quedaron los sobrevivientes. En aquel entonces, los servicios de lactantes no contaban todavía con sección de cuarentena y aislamiento, ni con boxes de aislamiento dentro de las salas comunes.

En la ciudad de Santiago no se había vuelto a pre-

sentar después de aquellos años una epidemia de sarampión hasta 1932, en que a fines de invierno se inició en algunos establecimientos escolares, pero la cual fue interrumpida momentáneamente por el cierre de dichos establecimientos en las vacaciones de septiembre y con motivo de diferentes circunstancias extraordinarias. El 14 de marzo del presente año, se presentó en la Casa Nacional del Niño, sección escolar, el primer caso de sarampión entre los niños hombres de 9 a 10 años de edad (Sección 16). Inmediatamente se procedió a aislar las tres secciones 14, 15 y 16 del patio común, en sus respectivos patios pequeños y salas, a fin de esperar que cayeran después del período de incubación los contaminados e impedir la propagación a las otras secciones. Desgraciadamente, no solo habían sido ya contaminados niños de la sección 16, sino también uno de la sección 17, o sea, uno perteneciente al primer patio al otro extremo de la sección de hombres (figura 1). En efecto, en el período comprendido entre el 23 y 31 de marzo se produjo la primera *pouss*é epidémica, con ocho nuevos casos, de los cuales siete pertenecían a la sección 16 y uno a la sección 17 ya mencionada, que comprende los niños de 8 a 9 años de edad.

Entre los días 8 y 17 de abril se presentó la segunda *poussé* epidémica, con ocho nuevos casos ocurridos en las secciones 13, 17 y 18 del primer patio (cuatro casos) y las secciones 15 y 16 (4 casos) del último patio. Como se puede observar, entre estas dos primeras *pousses* y las que siguen, se conserva un plazo que oscila entre siete y nueve días entre la aparición del ultimo caso del brote anterior con el primer caso del brote siguiente, lo cual no significa un acortamiento del período de incubación para cada caso particular, sino el escalonamiento sucesivo en que se han sucedido los contagios durante el período prodrómico de los contagiadores.

Entre los días 23 de abril y 1º de mayo (seis días sin nuevos casos entre el brote anterior y este) se presenta la tercera *poussé* epidémica con caracteres explosivos, que afecta a 57 nuevos casos de las secciones antes contaminadas (secciones 13, 17, 18 y 15).

La cuarta *poussé* desarrolla del 6 de mayo para adelante, repitiéndose otras después hasta el 13 de junio, que afectan también a las otras dos secciones de hombres hasta ese momento no contaminadas, dando un total de 50 casos más, o sea, un total de 124 casos en la sección de hombres, que cuenta con 454 asilados. Los brotes sucesivos se desarrollan en intervalos dentro de cada servicio, en la forma expuesta. El día 2 de mayo la epidemia penetra a la sección de mujeres, donde aparece en aquella fecha el primer caso.

Esta epidemia en la sección de hombres nos permite observar su iniciación, desarrollo en brotes sucesivos

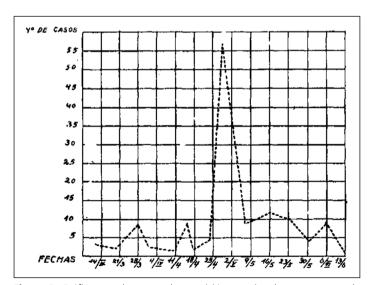


Figura 2. Gráfico que demuestra la repetición sucesiva de nuevos casos de sarampión , en las fechas indicadas, en el curso de la epidemia de la sección de hombres.

separados por intervalos mas o menos fijos y declinación (ver curva en figura 2), a pesar de las medidas profilácticas de aislamiento, que en este caso, como sucede generalmente, resultan totalmente infructuosas. La morbilidad de esta epidemia es igual a la de la gran epidemia del año 1924: 29,5% de afectados sobre el total de la población asilada.

Durante el desarrollo de esta epidemia, se procedió a recolectar suero de convalecientes con los requisitos y técnica mas adelante expuestos. En estas secciones no se empleó dicho suero, del cual se pudieron obtener alrededor de ochocientos centímetros cúbicos, a fin de reservarlo para el caso muy probable de una invasión epidémica de los servicios de lactantes.

En la sección de mujeres, que se encuentra completamente separada y en otro cuerpo de edificio de los hombres, apareció el primer caso de sarampión el día 2 de mayo en la Sección Nº 8 de niñas de 7 a 9 años; el segundo, el 3 de mayo, en la sección Nº 3 de niñas de 11 a 12 anos y continuaron apareciendo sucesivamente casos nuevos en diferentes secciones (ver esquema de figura 1) sin que se pueda seguir el curso del contagio como en la sección de hombres, lo que hace suponer un contagio simultaneo contraído fuera del establecimiento. Es de advertir que de las secciones de niñas salen varias de ellas a seguir sus cursos escolares a liceos o institutos fiscales de donde regresan a mediodía y en la tarde a la Casa Nacional del Niño.

En la sección Nº 8, que cuenta con 50 niñas de 7 a 9 años, se procedió el día 4 de mayo, dos días después de aparecido el primer caso, a inocular 31 niñas con suero de convaleciente, con dosis de un centímetro cúbico a 11 niñas, con dos centímetros cúbicos a 10 niñas, y con 3 cc. a 10 niñas, a fin de determinar el título o poder preventivo del suero. De las 19 niñas restantes del servicio y no inoculadas, hicieron un sarampión corriente 9 de ellas. En las 31 inyectadas los resultados se pueden apreciar en el cuadro siguiente (figura 3).

En este ensayo de sueroterapia preventiva se pudo apreciar ya la eficacia del suero de convaleciente, aun en dosis de 1 cc., ya que de las 11 inyectadas con esa dosis, salvo una, las demás enferman después de un período de tres semanas, que dura el efecto preventivo, y la enfermedad transcurre en forma atenuada, tanto en su duración como en su sintomatología, lo cual indica que se ha obtenido una suero atenuación para un contagio contraído posteriormente, al que se evitó con la inyección de suero. El caso inoculado que hace un sarampión a los 12 días, indica que la inyección fue practicada durante la incubación de la enfermedad, pero con cierta anticipación al momento oportuno para hacerla (en el 2º día de incubación, en vez de entre el 4º y 6º).

En las inyectadas con 2 y 3 cc. se observa igual fenómeno, con la diferencia que entre estas el número de

| Casos | Cantidad inyectada |) | Tiempo entre inyección y enfermedad | Duración de la enfermedad | C: |
|-------|-----------------------|---------------------------|---|------------------------------|---|
| | | 1 | 33 días | 24 horas | Temp. 37,6%, Koplick Exantema discreto de la |
| | 1 c.c. | 5 \\ 1 | 25 días | 24 horas | Temp. 37.49. Exantema li gero de la cara. |
| | ĺ | - 11 | 12 días | 5 dias | Sarampión corriente, |
| | | 1 | 30 días | 2 días | Temp. 38-39; Exantema discreto. |
| | | \1 | 20 días | 2 días | Temp. 38-39° |
| | | ا } | 37 dias | 2 días | Temp. 38-39°. Cátarro óculo - nasal. Exantem: discreto. |
| 10 | 2 c.c. | \{\bar{1}{1} | 30 dias 12 dias | 2 día: | Exantema ligero. Exantema ligero. |
| 10 | 3 c.c. | \mathbf{z} \mathbf{z} | 35 días | 2 días | Temp. 37,5-39,5°. Klo- plick. Sin catarro óculo- nasal. Exantema discreto |
| | | 1 | 37 días | 2 días | Temp. 37.5-39.59. Igua al anterior |

Figura 3. Ensayo de sueroterapia preventiva en sección mujeres.

afectadas, aun en forma atenuada es considerablemente menor (figura 3).

El día 9 de mayo aparecieron los primeros casos de sarampión en las secciones Nº 7 y 6: uno en la sección Nº 7, que cuenta con 57 niñas de 9 a 10 años, y uno en la sección Nº 6 de niñas de 10 a 11 años, que consta de 50 niñas. Los nuevos casos se sucedieron el 15 y el 22 de mayo, alcanzando a esta fecha a 13 afectadas en el servicio Nº 7, y 8 afectadas en el servicio Nº 6. De las 44 restantes del servicio Nº 7, se procedió a inocularles 1 cc. de suero el día 23 de mayo, con el fin de obtener un suero atenuación en vista de los resultados obtenidos en el servicio Nº 8, a 39 niñas. De las 42 restantes del servicio Nº 6, fueron inoculadas también con 1 cc. de suero, 38 niñas, el día 26 de mayo. En estos casos no se perseguía impedir la aparición de nuevos casos mediante el suero, por tratarse de niñas de edad escolar, por una parte, y además por la imposibilidad de determinar el momento preciso de los contagios que aseguraran el éxito de la prevención (contagios múltiples simultáneos, como ya se vio), fuera de que se habrían necesitado cantidades que nos habrían reducido considerablemente el stock de suero preventivo que interesaba conservar principalmente para las secciones de lactantes. Los resultados obtenidos se

pueden ver que en estos 77 inoculados se producen 16 casos de sarampión y por lo menos en 10 de ellos puede considerarse que el suero no ha tenido efecto alguno, por cuanto se inyectó casi en el momento de iniciación de la enfermedad. En los otros se ha obtenido una franca atenuación (6 casos) y en los demás la prevención (61 casos).

En la Sección Nº 4, con 57 niñas de 11 a 12 años, se presentan dos casos de sarampión, en los 24 de mayo y 1º de junio, respectivamente. El 2 de junio se inyectaron con 2 cc. de suero, 39 niñas. De estas solo una hizo un sarampión muy atenuado a los diez días de la inyección (11 de junio). No hubo posteriormente nuevos casos.

Si analizamos comparativamente esta epidemia en la sección de mujeres con la de la sección de hombres, podemos apreciar diferencias relativas a la forma y duración del curso de la epidemia y a la extensión alcanzada (figuras 2y 4): mientras en estos últimos la epidemia evoluciona en brotes sucesivos que culminan después de mes y medio en el estallido máximo, en las mujeres, en el curso de diecinueve días se llega al acmé de la epidemia, que luego declina para desaparecer en un plazo total de cuarenta y cinco días, en lugar de ciento veinticinco días, como duró entre los hombres.

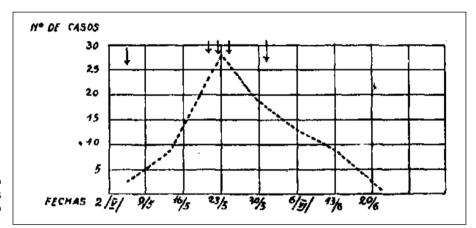


Figura 4. Gráfico que representa el curso de la epidemia en la sección de Mujeres. Las flechas indican las inoculaciones de suero preventivo.

El acortamiento del plazo inicial y la falta de brotes sucesivos para llegar al estallido máximo de la epidemia entre las mujeres debe atribuirse, según nuestro parecer, a la existencia de contagios múltiples simultáneos en un comienzo; mientras que el acortamiento de la duración total de la epidemia como también el menor número de niñas afectadas por ella, en comparación con los hombres, encuentra su justificación en la sero profilaxia. En efecto, mientras en la sección de hombres fueron afectados 125 niños sobre un total de 455, o sea, un 291/2 %, porcentaje igual al de otros años de grandes epidemias, entre las mujeres son afectadas 82 sobre un total de 455, o sea, un 18%, desde luego, una proporción inferior a la de los hombres y a la de anteriores epidemias. Pero esa diferencia se hace todavía mucho mas acentuada si estas cifras las analizamos separadamente, considerando el número de afectadas de las inoculadas con suero y las no inoculadas. De las 455 niñas fueron inyectadas con suero 185, de las cuales 11 hacen el sarampión el mismo día, o al siguiente de la inyección, y en consecuencia, prácticamente pueden considerarse no inmunizadas, o sea, que podemos considerar 174 premunidas por el suero y 281 no inmunizadas. De estas hacen el sarampión 61, o sea, un 21,7%, mientras que de las inoculadas oportunamente caen 21, o sea, un 12%, todas estas ultimas con formas atenuadas o abortivas, en que el período febril no dura mas de 48 horas.

De todo lo anterior se desprende que la sero profilaxia aplicada en la sección de mujeres por vía de ensayo al principio, a fin de determinar el poder del suero, y después para atenuar los efectos de la epidemia entre las niñas, entre las cuales se encuentran algunas infectadas de tuberculosis, tuvo efectos palpables en el acortamiento y reducción de la extensión de la epidemia. Los efectos no fueron más eficaces en el sentido de detener la epidemia, como veremos luego respecto de la sección de lactantes, por las razones expuestas ya referentes a la aplicación fuera del momento oportuno para muchos casos. Es sabido que la aplicación del suero debe realizarse a los contagiados entre el 4º y 6º día de incubación de la enfermedad, para obtener los efectos inmunizantes o atenuantes, y que ese momento se determina por el de la aparición del exantema en el contagiador, de tal modo que en una sección de niños debe practicarse la inyección de suero en la totalidad de los reunidos en ella, tan pronto aparece el primer caso de sarampión. En algunas de las secciones de mujeres se procedió en esta forma, mientras en otras se practicó después del 2º o tercer brote epidémico.

De ello se desprende que para hacer una profilaxia efectiva de una epidemia de sarampión en un establecimiento cerrado conviene hacer, tan pronto aparece el primer caso en su período eruptivo, la inoculación de suero en dosis preventiva (determinación del título del suero) a todos los niños de la sección respectiva. En esta forma, serán premunidos los que ya habían sido contagiados durante el período prodrómico del contagiante y atenuados los demás. Al aparecer la poussé de casos atenuados, se procederá a una segunda inoculación de suero de los que no hayan caído y con ello se impedirá la aparición de nuevos casos. Durante todo ese tiempo no deberá hacerse separación entre los afectados e inoculados, a fin de que la inyección pueda coincidir con el período de incubación, momento oportuno para la prevención y además para que los ya inoculados puedan elevar su titulo de anticuerpos mediante la superinfección. En cambio, la sección amagada debe ser mantenida en estricto aislamiento de las no amagadas hasta pasado un plazo mínimo de un mes después del último caso, por atenuado que sea, a fin de ponerse a cubierto de los períodos prolongados de incubación, debido a la seroterapia.

Con ese stock de suero y los resultados obtenidos, nos consideramos suficientemente armados para el caso de aparición de sarampión en los servicios de lactantes. Esto no tardó en suceder: el día 21 de mayo presentó una ama del servicio Nº 3 de lactantes, todos los síntomas de la enfermedad en su período eruptivo. Este servicio cuenta con dos salas de dieciocho niños cada una, y divididas por boxes o tabiques de vidrio para una o dos cunas. Se procedió inmediatamente a la inmunización de los niños con 2 cc. y no se presentó ningún caso entre los asilados de dicho servicio.

Posteriormente, el 28 de junio, en el servicio Nº 1 de lactantes, de características más o menos semejantes al anterior, pero separado de el en otra parte del edificio, cayó también una ama con sarampión y amamantó a tres niños, hasta el día mismo del brote eruptivo. El mismo día fueron inoculados con 2 cc de suero cada uno de los niños de esas salas, quedando solamente dos sin recibir el suero en una de las salas, debido a una errónea interpretación de aplicación del procedimiento. De todos modos, no se produjo ningún nuevo caso de sarampión por el contagio del ama. Pero el 19 de julio (3 semanas después) cae con sarampión uno de los no inoculados, debido a un contagio traído al establecimiento por una visita el día 1 de julio y que produjo otros casos en el servicio Nº 2, como veremos. Aparecido este nuevo caso, se inocularon con suero 5 lactantes, que no lo habían sido el 28 de junio, lo que no se hizo con los demás para observar la duración del período de inmunidad dada por el suero preventivo. Dos semanas después, el 5 de agosto, cae con un sarampión muy atenuado uno de los que había sido inoculado el 28 de junio, o sea, 37 días después. Se volvió a inyectar toda la sala con suero, después de lo cual no se volvió a presentar ningún nuevo caso, hasta dos meses después, debido a un nuevo contagio.

En el servicio Nº 2 de lactantes, que reúne mas o menos 50 lactantes en dos salas semejantes a las anteriores, apareció el primer caso el día 14 de julio, producido por el contagio de la misma visita del 1 de julio, que contaminó en el servicio Nº 1. Al día siguiente, (15 de julio) fueron inoculados los 50 niños con 2 cc de suero. El día subsiguiente, 17 de julio, apareció un nuevo caso proveniente del mismo primer contagio, en el cual no alcanzó a actuar el suero.

Transcurrió el plazo de incubación correspondiente al contagio provocado por estos dos casos y no se vio aparecer entre los niños ninguno nuevo. Sin embargo, fue contaminada por ellos una ama que no había sufrido anteriormente el sarampión, la cual cayó enferma el día 29 de julio.

Como los niños habían sido inoculados el 15 de Julio, no se practicó una nueva inmunización, confiando en la obtenida en aquella fecha. Sin embargo, el 9 y 10 de agosto aparecen dos nuevos casos de sarampión muy atenuados, entre los que habían sido premunidos. Uno de ellos tuvo temperatura entre 37 y 37,5°C, por dos días, un exantema atípico y muy discreto, sin Ko-

plick ni catarro óculo-nasal. El otro, un lactante con una lesión tuberculosa, tuvo un día un alza térmica de 40 y después, al 2º día, bajó a la normal, exantema discreto y baja de peso (niño hidrolábil) que recupera pronto. No hubo ninguna agravación en su proceso tuberculoso y el niño continuó posteriormente su progreso y desarrollo sin alteraciones. En estos dos casos, probablemente se ha tratado de niños que recibieron el suero preventivo sin que hubiesen sido contagiados en los días previos a la inyección, lo cual acorta, como se sabe, el período eficaz de la prevención. En vista de estos dos nuevos casos, se procedió a una nueva inmunización de toda la sala en que se produjeron, con 2 cc de suero para cada niño que no había sufrido la afección. Posteriormente no se produjo ningún nuevo caso.

El día 29 de septiembre, o sea, uno y medio mes después del último caso observado en las secciones de lactantes, ingresó a la sección de cuarentena un lactante, enviado desde un hospital de niños, en estado de descomposición y en incubación de un sarampión que apareció a los once días de ingresado. Inmediatamente se inyectó suero en cantidad de 2 cc a cuatro lactantes de la misma salita del contaminado y en la sala contigua que asilaba a otros cuatro niños. Pasado un plazo de veinte días y suponiendo ya eliminada la posibilidad de aparición de un nuevo caso, fue trasladado uno de estos niños al servicio común de lactantes en la sala Nº 1. Al día siguiente de este traslado, apareció en el un exantema sarampionoso, sin alza de temperatura, sin fenómenos catarrales ni baja de peso. Esto obligó a practicar una nueva inmunización con 2 cc en todos los asilados de dicha sala, con lo cual no se vio aparecer ningún nuevo caso hasta la fecha.

Es de advertir que en todas las oportunidades en que se procedía a inyectar suero preventivo en los servicios de lactantes, ello se hacia solamente en los lactantes mayores de tres meses, a fin de no gastar suero en pacientes que es sabido no contraen el sarampión antes de dicha edad.

Tenemos, pues, que en los servicios de lactantes se han producido en el espacio de cinco meses, ocho diferentes contagios de sarampión, los cuales han producido tres casos de sarampión corriente entre los lactantes, dos entre las amas y cuatro casos de sarampión atenuado entre los premunidos. No ha habido epidemias en los servicios de lactantes ni ningún caso fatal que lamentar, todo lo cual contrasta con las grandes epidemias de años anteriores que alcanzaban una morbilidad que afectaba a todos los asilados susceptibles de contraer la afección y se acompañaba de mortalidades que, como se dijo, pasaba del 50 y 60%.

Podemos, pues, decir, para terminar, que en el suero preventivo antisarampionoso poseemos una arma eficaz y decisiva para detener las epidemias de sarampión en los servicios de lactantes, cuyos desastrosos efectos son de todos conocidos. El suero debe ser obtenido y preparado siguiendo las normas expuestas (tiempo de extracción, control de tuberculina y Wassermann de los dadores, control bacteriológico) lo cual nos ha permitido no tener que lamentar ninguna clase de accidente por la seroterapia preventiva. Las inoculaciones deben hacerse a todos los niños de la sala donde aparezca un caso de sarampión a fin de ponerse a cubierto de contagios que puedan ser desconocidos; y después de hecha la inoculación deben todos esos niños ser mantenidos aislados y separados de los otros servicios no premunidos por un plazo mínimo de tres semanas en prevención de aparición de casos atenuados con período de incubación prolongado por la inmunización, como se vio en el último caso citado.

Comentario al manuscrito del Dr. Ariztía:

La epidemia en los años 1930, descrita en la Casa Nacional del Niño que albergaba niños con problemas sociales, ocurre durante una epidemia paralela en Santiago, y pone en evidencia las dificultades derivadas de algunas características epidemiológicas de la infección: transmisibilidad elevada, que en hogares y lugares cerrados supera al 95%, susceptibilidad generalizada, enfermedad casi obligada en la infancia, inutilidad del aislamiento de los pacientes y efecto negativo de la desnutrición infantil, frecuentemente asociadas. Asimismo, refleja los efectos derivados de cambios sociales y demográficos de la época.

En ausencia de medidas profilácticas útiles, el trabajo del Dr. Ariztía demuestra la eficacia de la administración de suero de pacientes convalecientes a niños de distintas edades y cronología del contacto en un recinto cerrado, lográndose la atenuación e, incluso, la prevención de la infección. Esta medida profiláctica fue ampliamente utilizada durante los brotes de sarampión y otras enfermedades infectocontagiosas desde los años veinte.³

Actualmente sigue estando indicada la administración de inmunoglobulinas como profilaxis post-exposición del sarampión en los primeros seis días de la exposición, en grupos de mayor vulnerabilidad como son los menores de 6 meses, las embarazadas y los inmunocomprometidos. Según un reciente metaanálisis, en grupos de bajo riesgo, la inmunización pasiva post-exposición reduce en un 83% el riesgo de desarrollar el sarampión y en un 76% el riesgo de muerte por esta causa.⁴

En el período en que fue escrito el manuscrito, se describía a nivel nacional una incidencia de sarampión 1.000 a 10.000 casos anuales, con nuevos brotes cada 4 a 5 años y una elevada letalidad. 5 La última gran epidemia de sarampión registrada en nuestro país ocurrió entre los años 1959 y 1963.6 Según describiera Taucher E. en aquellos años "la mayor mortalidad en el grupo de 5 a 14 años puede atribuirse a una epidemia de sarampión". 7 El año 1964 se inició una campaña nacional de inmunización antisarampionosa, vacunando a más de la mitad de la población susceptible de niños de ocho meses a cinco años de edad; luego de 30 meses de seguimiento, la incidencia de sarampión en los vacunados fue de 0,6%, comparada con 17% entre los no vacunados, con una significativa reducción de las defunciones.8

Luego de haber sido controlado el sarampión, sin casos nuevos por un plazo de casi 25 años en nuestro país, comenzó a reaparecer tímidamente, en forma importada, pero amenazando volver a instalarse a nivel mundial.³ En ese contexto, siempre es interesante conocer las medidas implementadas antaño y aprender de experiencias previas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Laval E. La epidemia de sarampión de 1899-1900 en Chile y la creación del primer hospital de niños de Santiago. Rev Chil Infectol. 2002;19(2): 121-3.
- Steeger A. Profilaxis del Sarampión. Rev Chil Pediatr. 1934;123-31.
- Macchiavello A. El suero de convaleciente concentrado en las enfermedades infecciosas, con especial aplicación al tifo exantemático, a la parotiditis, al sarampión ya la varicela. Revista de la Facultad de Medicina. 1943;11(10):567-84. https://revistas.unal.edu.co/index.php/
- revfacmed/article/view/24584/25172.
- Young MK, Nimmo GR, Cripps AW, Jones MA. Post-exposure passive immunisation for preventing measles. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD010056.
- Delpiano L, Astroza L, Toro J. Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. Rev Chil Infectol. 2015;32(4):417-29.
- Fadic R, Repetto G. Sarampión: antecedentes históricos y situación actual. Rev Chil Pediatr 2019:90(3).
- 7. Taucher E. Chile: mortalidad desde 1955

- a 1975. Tendencias y causas. Santiago: Celade; 1978. (Reporte No.162, Serie A). [Revisado 31-03-19]. Disponible en https://repositorio.cepal.org/ bitstream/handle/11362/8618/S7800468_ es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- . Ristori C, Borgoño JM, Greiber R. Avendaño O. Inmunización en gran escala contra el sarampión en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) 1967;62(3) [Revisado 31-03-19]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15295/v62n3p238. pdf?sequence=1&isAllowed=y.