

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“SARAMPION Y SUS COMPLICACIONES EN EL ADULTO”
REVISION DE LOS CASOS PRESENTADOS EN LOS
ULTIMOS CINCO AÑOS (1974-1978), EN LA
SALA DE AISLAMIENTO DEL SANATORIO
ANTI-TUBERCULOSO SAN VICENTE

TESIS:

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

FERNANDO RODOLFO GANDARA SOTO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

Página

| | |
|---|-------|
| INTRODUCCION | 1 |
| JUSTIFICACION | 2 |
| ANTECEDENTES | 2 |
| HIPOTESIS | 2 |
| OBJETIVOS | 3 |
| MATERIAL Y METODOS | 4 |
| DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO | 5 |
| PRESENTACION DE RESULTADOS | 7 |
| INTERPRETACION DE RESULTADOS | 17 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 23-24 |
| CRITICA Y AUTOCRITICA | 26 |
| ANEXOS | 27 |
| BIBLIOGRAFIA | 33 |

INTRODUCCION

Tomando en cuenta la alta incidencia de enfermedades infecto contagiosas producidas por virus que se presentan en Guatemala y habiendo notado que a su gravedad es más manifiesta en las personas adultas, nació la inquietud de efectuar un estudio acerca de una de estas enfermedades y sus complicaciones, habiéndose tomado el sarampión por ser de las que se presentó con más frecuencia en los últimos cinco años en nuestro país, y además por la importancia que a nivel nacional se le ha dado, lo cual es obvio en las campañas de vacunación, pues se ha incluido a esta enfermedad como una de las entidades que merecen ser prevenidas, ya que es una de las que producen cifras más altas de morbi-mortalidad en nuestro medio.

Para esto se revisaron todos los registros clínicos de pacientes de ambos sexos que estuvieron internados en la sala de Aislamiento del Hospital San Vicente, por ser este el único que recibe pacientes con enfermedades de este tipo.

Se investigaron factores importantes como sexo, edad, procedencia, tiempo de inhabilitación, sintomatología, hallazgos al examen físico, diagnóstico de las complicaciones, tratamiento, exámenes o auxiliares que ayudaron a llegar al diagnóstico definitivo, si hubo inmunización previa durante la infancia, foco de contagio, y muerte; para relacionarlos entre si y poder llegar a conclusiones certeras y útiles que puedan servir en un futuro para hablar de sarampión en adultos refiriéndose a una realidad nacional y no basándonos en estudios extranjeros quienes son los únicos practicamente que han efectuado investigaciones de este tipo.

JUSTIFICACION:

La falta de trabajos de este tipo y la importancia de la enfermedad como factor de morbi-mortalidad en nuestro medio creo que hace notar la importancia de la investigación.

ANTECEDENTES:

En cuanto a Sarampión en general se han efectuado en Guatemala solamente dos estudios siendo estos también trabajos de tesis de grado correspondientes a la Facultad de Medicina. Tratan; uno acerca de sus complicaciones y otro que hace mención de la enfermedad en general. Habiendo sido hechos en los años 1959 y 1960 respectivamente. Sus títulos son los siguientes: Escarlatina, y, Sarampión y sus complicaciones.

HIPOTESIS:

- 1.- Las complicaciones más frecuente y temida del sarampión es la Panencefalitis Esclerosante Subaguda (PES).
- 2.- El sarampión predispone a enfermedades respiratorias graves.
- 3.- El sarampión ataca más a adultos jóvenes que a adultos viejos.
- 4.- No existe tratamiento específico para el sarampión.
- 5.- El pronóstico de la enfermedad en general es bueno.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la magnitud del problema.
- 2.- Incidencia por grupos etarios
- 3.- Determinar área geográfica en la que hubo mayor incidencia de sarampión.
- 4.- Determinar época o estación en la que más ataca el sarampión.
- 5.- Determinar relación entre sarampión con sexo, procedencia, y grupo étnico.
- 6.- Determinar si entre los pacientes hubo inmunización previa durante la infancia.
- 7.- Determinar foco de contagio.
- 8.- Determinar variaciones en la sintomatología.
- 9.- Determinar hallazgos físicos más importantes.
- 10.- Determinar Diagnóstico diferencial de la enfermedad.
- 11.- Determinar estudios empleados para llegar al diagnóstico definitivo de la enfermedad.
- 12.- Determinar tratamiento para el sarampión en general y sus complicaciones.
- 13.- Determinar las complicaciones más frecuentes en el adulto.
- 14.- Investigar tiempo de inhabilitación en los pacientes.
- 15.- Investigar secuelas en pacientes complicados.
- 16.- Conocer la morbi-mortalidad en pacientes hospitalizados.
- 17.- Determinar capacidad de atención en la sala Aislamiento del Hospital San Vicente.

MATERIAL Y METODOS:

Material Humano: Médicos de la sala Aislamiento y Médicos en general del Hospital. Personal para-médico de la sala aislamiento. Pacientes hospitalizados en la sala. Departamento de Estadística y archivo. Administración del Hospital San Vicente. Dr. Fernando Rendón C. Asesor del presente trabajo y Dr. Guido Fernández revisor del mismo.

Material Físico: Hospital San Vicente, sala de Aislamiento. Fichas clínicas de los casos de Sarampión detectados en los últimos cinco años en adultos y bibliografía específica

Método: Método científico de investigación.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO: (alcances y límites)

En el año 1943 se fundó el Sanatorio Anti Tuberculoso San Vicente, el cual fue creado exclusivamente para tratar pacientes con tuberculosis, y funcionó de esa forma durante trece años.

En el año 1956 comenzo la demolición del antiguo hospital San José y a consecuencia de la clausura de dicho centro hubo necesidad de construir un edificio pequeño anexo al sanatorio, con capacidad para 48 camas, al cual se trasladaron el 3 de julio del citado año, todos los pacientes adultos con enfermedades infecto-contagiosas que se encontraban en el aislamiento de dicho centro.

A partir de esa fecha comenzo a funcionar en el sanatorio la sala de aislamiento, la cual fue destinada exclusivamente para tratar pacientes con enfermedades infecto-contagiosas en general.

Inicialmente se admitían pacientes con Tétanos, pero en el año 1965 cuando se comprobó que la enfermedad no era contagiosa, se excluyó esta de las enfermedades a tratarse por la sala.

El edificio esta construido de concreto, con la lamina de cemento, las divisiones entre cuartos son de madera y no son paredes completas sino tienen una altura aproximada de 2 mts. lo que hace que no queden completamente aislados uno de otro. Hay servicios de agua y luz eléctrica permanentes. Los sanitarios son en número de 2; uno para la sección de hombres y otro para la sección de mujeres, los cuales estan en malas condiciones.

Se cuenta únicamente con una clínica en la cual se examinan pacientes de ambos sexos, y podría considerarse más o menos bien equipada. Se admiten pacientes con referencias de

otros hospitales o de consulta externa de este, con exámenes de laboratorio ya informados durante todo el día.

En cuanto al personal; hay tres médicos jefes, un residente, y un interno, estos últimos son rotarios y cubren turnos de 24 horas cada 4 y 5 días respectivamente. Hay un total de trece enfermeras fijas, 6 auxiliares adiestradas y 7 segundas auxiliares, 2 graduadas las cuales rotan por todos los servicios del hospital. Todas cubren turnos de mañana, tarde y noche. También hay una secretaria, 5 conserjes y 2 lavanderas.

Las instalaciones en general estan en regulares condiciones, sin embargo por el tipo de pacientes que se tratan considero que deberian por lo menos hacerse algunas mejoras, como subir las paredes a la altura del cielo del edificio, con lo que podría reducirse en algo la morbi-mortalidad en los pacientes. Mejorar los servicios sanitarios o de ser posible construir servicios individuales para cada cuarto. Construir otra clínica para examinar a los pacientes separados por sexo, y que éstas esten localizadas en la sección correspondiente.

En síntesis, a pesar de que las condiciones físicas del edificio esten en regulares condiciones, considero que este no es adecuado para albergar pacientes del tipo que allí se tratan.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

Los resultados seran presentados en base a los parámetros relacionados tanto con las hipótesis y con los objetivos ya descritos en el presente trabajo, que hayan podido ser medidos en las fichas clínicas correspondientes a sarampión en los últimos cinco años.

1.- Como primer punto podemos citar la cantidad de casos de sarampión en adultos que se presentaron en los últimos cinco años (1974-1978), habiendo sido en número de 62; cifra que no es muy significativa si tomamos en cuenta que no todas las personas en nuestro país por razones múltiples consultan al médico o a los hospitales en caso de enfermedad, o bien por el mismo temor que se tiene al hospital San Vicente por considerarse este un hospital para tuberculosos.

2.- De estos 62 casos; 20 eran de sexo masculino y 42 de sexo femenino.

La literatura existente con respecto al sarampión no hace diferencia en cuanto a la predilección de esta enfermedad con respecto al sexo, sin embargo aquí en Guatemala en los últimos cinco años nuestro estudio nos muestra una incidencia marcadamente más alta en cuanto al padecimiento de la enfermedad por personas del sexo femenino que del masculino.

3.- Tabla No. 1. Incidencia por grupos etarios en estudio de Sarampión. Hospital San Vicente (1974-1978).

| Edad (Años) | Incidencia | Porcentaje (o/o) |
|-------------|------------|------------------|
| 10 a 15 | 24 | 38.71 |
| 16 a 20 | 24 | 38.71 |
| 21 a 25 | 11 | 17.74 |
| 26 a 30 | 3 | 4.84 |
| 31 o más | 0 | -- |

Los grupos más afectados fueron los comprendidos entre 10 a 15, y de 16 a 20 años con incidencia de 24 casos cada uno, que mostraron un porcentaje de 38.71o/o y sumados ambos; de 77.42o/o. Les siguió el grupo de los 21 a los 25 con incidencia de 11 casos y un porcentaje de 17.74o/o. Y por último, de los 26 a los 30 años con incidencia de 3 casos y porcentaje de 4.84o/o.

De lo anterior podemos deducir que el sarampión es una enfermedad que ataca básicamente a los adultos jóvenes tomando como límite la edad de 30 años, pues no se presentó ningún caso en personas de más de esa edad.

4.- En cuanto a grupo étnico, 50 casos correspondieron a ladinos y solamente 12 al grupo indígena, lo que hizo porcentajes de 80.64 y 19.36o/o respectivamente; datos que no tienen hoy en día mayor relevancia pues la ladinización ha entrado incluso a los lugares más apartados del país y el porcentaje de indígenas que en 1970 aún era del 50o/o hoy ha bajado considerablemente; o sea que el resultado obtenido es lógico tomando en cuenta que la mayoría de la población hoy pertenece al grupo ladino, y que las personas que consultan al hospital pertenecen a este grupo en su gran mayoría.

5.- El área que más afectada se vio por el sarampión fue lógicamente el departamento de Guatemala por ser este el de la

mayor concentración de habitantes en el país, y por ser la sede del hospital; presentándose 48 casos que correspondieron al 72.42o/o del total; le siguió el departamento de El Progreso con 6 casos que hicieron un 9.67o/o, dato que si me parece interesante pues es este uno de los que menos habitantes tiene en toda la República (para una extensión de 1900 Kms.² una cantidad de habitantes de 64,000) y además de los que menos ingresos per capita por persona posee. Luego el departamento de Santa Rosa con incidencia de 3 casos para un porcentaje de 4.84o/o. Y por último los departamentos de Jalapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché y Jutiapa con incidencia de un caso cada departamento, y un porcentaje de 1.61o/o.

O sea que podríamos decir que los sitios en los cuales hay mayor concentración de población, mayor hacinamiento, condiciones de vida desfavorables y condiciones socio económicas bajas; el sarampión se presenta con mayor frecuencia.

6.- Con respecto a la época o estación del año en la cual ataca más la enfermedad, podríamos decir que es en verano (tomando verano como los meses de noviembre a abril) pues en esta época se presentaron 42 casos o sea el 67.74o/o del total, en contraste a 20 casos y 32.26o/o que hubo en invierno. Pero tampoco estos datos son muy concluyentes en el sentido de que en las dos épocas hay variaciones en cuanto a la temperatura, estando los meses de diciembre y enero incluidos en la época de verano que contrastan con el resto de meses por su baja temperatura y solamente en estos 2 hubo una incidencia de 22 casos de los 42 que se presentaron en todo el verano. De lo anterior podemos entonces deducir que prácticamente es inútil decir que en determinada estación la frecuencia de sarampión es más alta o más baja con respecto a otra, pero que si podría haber relación con los cambios de temperatura al igual que en algunas otras enfermedades virales febriles (aunque estos no cambien el curso de la enfermedad en si.)

7.- En cuanto a si hubo inmunización previa durante la infancia; no podemos decir mayor cosa; pues en las fichas clínicas de los pacientes no aparece anotado con claridad este dato, o definitivamente no se investigó. Los resultados fueron los siguientes:

| | |
|------------------|----|
| No investigaron: | 58 |
| Si investigaron: | 4 |

Y de estos 4 casos en los que se investigo; uno aparentemente era vacunado y los otros tres no lo eran. Un paciente refirió haber padecido la enfermedad en la infancia. (el resto aparentemente no la habian presentado).

Según se sabe después de los diez años de edad, más del 90o/o de la población posee anticuerpos específicos para la enfermedad (Cecil), pero no se puede asegurar que por esta razón no se presente sarampión después de esa edad pues aquellos que no la han contraído con anterioridad estan propensos a adquirirla.

En algunos casos la enfermedad puede recaer, aunque se supone que alguien que la ha padecido adquiere inmunidad permanente. Esto se ha atribuido a la presencia de defectos hereditarios en la capacidad de desarrollar inmunidad por parte de la persona. En nuestra investigación hemos visto la recurrencia de la enfermedad en un caso. (aparentemente). O sea que en síntesis podemos decir que en general el sarampión en la edad adulta va a presentarse en personas que no han tenido inmunización de ningún tipo (ya sea por vacuna, o por haberla padecido), y que en casos excepcionales y por lo ya descrito, la misma podría recaer.

8.- En cuanto a foco de contagio, este solo se pudo determinar en dos casos; un paciente que estuvo en contacto con sus hermanos quienes estaban con sarampión, y otra que estuvo con una compañera de escuela que también se encontraba

padeciendo la enfermedad. Esto significa que o no se puso énfasis en este punto al interrogar a los pacientes, o bien estos no se percataron de haber estado en contacto con la enfermedad.

La literatura nos dice que el requisito común para contagiarse suele ser la proximidad física estrecha o el contacto directo de persona a persona. En nuestro estudio esto no pudo comprobarse por las razones ya descritas, pero por la experiencia se puede tomar como válido.

9.- La sintomatología clásica del sarampión como lo es la fiebre, el malestar, la cefalea, fotofobia, tos, rinorrea, y erupción cutánea máculo-papulosa se comprobó en nuestra investigación, quedando la sintomatología de la siguiente manera en orden de frecuencia:

TABLA No. 2
(SINTOMATOLOGIA)

| Síntoma | Frecuencia | Porcentaje (o/o) |
|--|------------|------------------|
| Erupción cutánea | 62 | 100 |
| Fiebre | 52 | 83.87 |
| Tos | 36 | 58.06 |
| Cefalea | 23 | 37.10 |
| Disfagia, rinorrea, náuseas y vómitos | 17 | 27.42 |
| Diarrea | 16 | 25.80 |
| Fotofobia | 13 | 20.96 |
| Malestar y dolor cuerpo | 9 | 14.51 |
| Anorexia y dolor abdominal | 8 | 12.90 |
| Calofrios | 7 | 11.29 |
| Epitaxis | 6 | 9.67 |
| Insomnio | 1 | 1.61 |

De estos síntomas el que no fallo en ningún caso fue la erupción cutánea, que comenzaba por lo general en la cara para luego diseminarse en orden descendente, siendo esto lo definitivo en cuanto a clínica para la identificación de la enfermedad. Le siguió la fiebre que en su mayoría a los 38.5° C.; esta se presentó en un porcentaje de 83.87o/o del total de los casos, luego la tos que en su mayoría era de tipo seca. Otros síntomas importantes que deben ser tomados en cuenta son: cefalea, disfagia, rinorrea, náuseas y vómitos, diarrea, fotofobia, malestar general, mialgias, anorexia, dolor abdominal, calofrios, epistaxis y en algunos casos; insomnio.

Los pacientes que presenten sarampión presentarán sin duda alguna; erupción máculo-papulosa y la combinación de varios de los síntomas arriba descritos, siendo los más frecuentes los cinco primeros enumerados en la tabla No. 2.

Con respecto al orden y al tiempo de aparecimiento de los síntomas no podríamos decir mucho, pues no se encuentra descrito en las fichas clínicas. Solo diremos que en la mayoría de los casos lo que aparecía primero eran síntomas como de una infección respiratoria superior que luego se acompañaba de aparecimiento de rash cutáneo.

10.- Con respecto a los hallazgos más importante al examen físico, podemos decir que no fallo en ningún caso fue la erupción cutánea, la cual era de tipo máculo-papulosa. A continuación presentamos una tabla que nos muestra los hallazgos físicos más importantes en orden de frecuencia.

TABLA No. 3
(HALLAZGOS FISICOS)

| Hallazgo | Indicencia | Porcentaje o/o |
|----------------------------------|------------|----------------|
| Exantema | 62 | 100 |
| Conjuntivitis | 60 | 96.77 |
| Amigdalas hiperhémicas | 53 | 85.48 |
| Taquicardia y fiebre | 49 | 79.03 |
| Ruidos respiratorios anormales | 23 | 37.17 |
| Sepsis Oral | 18 | 29.03 |
| Mancas de Koplick | 17 | 27.42 |
| Rinorrea | 14 | 22.58 |
| Mucosas orales inflamadas | 6 | 9.67 |
| Dolor a palpación en abdomen | 2 | 3.22 |
| Tiraje intercostal e hipoacustia | 1 | 1.61 |

De estos hallazgos al igual que lo referido en sintomatología, se presentaran una combinación de por lo menos cinco hallazgos por persona, tomando en cuenta que por lo general no fallara encontrar exantema, ni conjuntivitis aunque esto dependerá del período en que se detecte la enfermedad.

11.- El diagnóstico diferencial de esta enfermedad, con los datos obtenidos en la investigación, no pudo determinarse pues en todos los casos hubo seguridad plena del diagnóstico definitivo. Pero cabe mencionar que la enfermedad debe distinguirse de la Rubeola, Escarlatina, Exantema Subito, Mononucleosis infecciosa, Sífilis secundaria, Erupciones medicamentosas e Infección por algunos virus Echo, y Coxsakie.

12.- En cuanto a los estudios de laboratorio empleados para ayudar al diagnóstico, podemos decir que en el hospital San

Vicente no hay medios para cultivar virus, por lo que el diagnóstico es eminentemente clínico. Los de rutina como lo son heces, orina, VDRL y hematología no ayudan a llegar al diagnóstico de la enfermedad, a excepción del último en el que se puede encontrar una leucepenia moderada (Jawetz). En nuestro estudio solamente se detectaron 14 casos con algún grado de leucopenia, y 10 con leucocitosis a expensas de los segmentados que correspondían precisamente a casos complicados.

13.- El tratamiento que se dió a los pacientes no complicados fue eminentemente sintomático y consistió en lo siguiente: Reposo: Absoluto, Dieta: libre a tolerar. Aspirina, gotas nasales de Argirol, gotas oftálmicas de Oxido de Zinc, expectorante simple y otros dependiendo de la sintomatología que presentara el paciente. En algunos casos se uso penicilina profiláctica (9), para evitar posibles complicaciones; hecho en el cual se esta hoy en desacuerdo por la resistencia que se puede desarrollar al antibiótico.

En los casos complicados se dió el tratamiento correspondiente a la complicación, pero como en todos los casos hubo necesidad de usar antibióticos; se uso penicilina procaina, penicilina cristalina y en casos de alérgicos, los cuales fueron solamente 3; se uso eritromicina o tetraciclina con éxito.

14.- Las complicaciones que más frecuentemente se presentaron fueron las siguientes:

A) Bronconeumonia con una incidencia de 16 casos, que hizo un porcentaje de 25.80o/o, Neumonías: 2 con 3.22o/o, y se presentaron en su mayoría en menores de 20 años.

De esto podemos deducir que la complicación más frecuente del sarampión fué la bronconeumonia, y luego otras que siempre son procesos inflamatorios e infecciosos (amigdalitis, gastroenterocolitis...). No podemos decir con cabalidad si estas

complicaciones sean de etiología viral o bacteriana pues a ningún paciente se le cultivo como para conocer realmente la etiología de la complicación, pero si podemos pensar que en los adultos se presentaran procesos infecciosos ya sean sobreagregados o como parte del curso de la enfermedad en un 43.55o/o aproximadamente.

15.- En cuanto a tiempo de inhabilitación que causa la enfermedad podríamos decir que en promedio es de 11 a 15 días, aunque esto depende de si se encuentra complicada la enfermedad o no, pues este es un factor que podría prolongar el tiempo de inhabilitación incluso a más de 25 días, dependiendo del tipo de complicación, pues las que afectan por ejemplo el SNC tardaran mucho más tiempo en recuperarse que aquellos que solo se complican con las amígdalas por ejemplo.

16.- Secuelas: No se puede determinar si la enfermedad deja secuelas o no, pues los pacientes que egresan, no se citan de nuevo para controles posteriores.

17.- Mortalidad: De los 62 casos, solamente uno murió y fué según reveló la necropsia secundario a bronconeumonia severa hemorrágica, hipertrofia miocardia, TBC mesentérica e intestinal cambios grasos en hígado, ascariasis y DCA. O sea que lo menos probable es que haya sido el sarampión la causa de muerte o quien haya desencadenado toda la serie de complicaciones que provocaron el deceso del paciente.

En general podemos decir que el sarampión no causa en adultos mayor número de mortalidad y que su pronóstico casi siempre es bueno.

INTERPRETACION DE RESULTADOS:

Con los resultados expuestos con anterioridad podríamos formular un esquema de lo que es la enfermedad del sarampión en adultos y cuales son las características de la misma en nuestro medio.

Como primer punto podemos definir el sarampión como una enfermedad aguda altamente contagiosa que se caracteriza por fiebre, tos, coriza, conjuntivitis, enanema eritematoso en las mucosas orofaríngeas y un rash cutáneo máculo papular de extensión progresiva descendente.

Es causado por un mixovirus que mide aproximadamente 140 Mm. Se difunde por gotitas procedentes de la nariz, garganta, y la boca de las personas que se encuentran infectadas con la enfermedad. El periodo de incubación varía entre 7 y 14 días.

Es bastante raro podríamos decir, que se presente en personas de más de 10 años, pues por lo general a esta edad más del 90% de la población ya poseen anticuerpos específicos para defenderse de la enfermedad. Esencialmente esta no es recidivante y cuando alguien la contrae por lo general adquiere inmunidad permanente, salvo en aquellas personas que posean algún defecto hereditario en sus mecanismos de inmunidad.

La edad más frecuente para contraer la infección es lógicamente la infancia, sobre todo niños en edad preescolar. Pero en adultos que es lo que más nos interesa; es más frecuente que se presente en adultos jóvenes tomando como límites los 10 y los 30 años de edad.

No respeta sexo, aunque en nuestra investigación se observó que ataca más al femenino que al masculino.

En cuanto a grupo étnico ataca igualmente al grupo ladino

que al indígena, aunque hay mayor incidencia en el grupo ladino. No tiene predilección por ninguna época o estación del año, aunque se observe mayor número en los meses de temperatura baja como diciembre y enero.

En Guatemala se vió que la enfermedad se presenta más en áreas en donde la concentración de la población es mayor y que factores como hacinamiento, condiciones socio económicas bajas, y enfermedades que en general causen debilidad van influir para la adquisición de la misma.

La infección sarampionosa inicialmente puede presentarse como una IRS con fiebre elevada, conjuntivitis, disfagia, y cefalea después de 7 a 14 días de incubación como promedio, y luego pueden aparecer las llamadas manchas de Koplick que son unas pequeñas manchas en la mucosa bucal localizadas por lo general en el área que circunda a los molares primero y segundo. Estas manchas son patognomónicas de la enfermedad. Posteriormente puede aparecer un exantema máculo papuloso que se descubre primeramente en las regiones retroauriculares para diseminarse luego por toda la cara y después invadir el resto del cuerpo de manera progresiva y descendente. A manera que la enfermedad se trata y el tiempo pasa, la erupción va palideciendo hasta desaparecer por completo; esto sucede en un período de tiempo aproximado de 11 a 15 días después de aparecida la erupción cutánea. La fiebre permanece elevada durante toda la enfermedad y los síntomas de disfagia, fotofobia, tos, coriza, etc... van disminuyendo a medida que se van tratando. Cuando la fiebre desaparece y la erupción casi no se distingue, se considera que el paciente ya está en vías de recuperación.

Otros síntomas que a menudo aparecen y que deben tomarse muy en cuenta para el diagnóstico de la enfermedad son los siguientes: náuseas y vómitos, diarrea, malestar, mialgias, anorexia, dolor abdominal, calofríos, epistaxis y en algunos casos; insomnio.

Los hallazgos más importantes a examen físico son: el exantema máculo papuloso, conjuntivitis, mucosas orofaríngeas hiperémicas, taquicardia, fiebre, ruidos respiratorios anormales (respiración ruda), manchas de Koplick y otras como dolor a la palpación del abdomen, e hipoacustia.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras enfermedades eruptivas como rubeola, escarlatina, exantema súbito, erupciones medicamentosas, y otras como mononucleosis infecciosa.

Los estudios de laboratorio no nos serán muy útiles aquí en Guatemala pues lamentablemente no se poseen medios para cultivar el virus, por lo que esta se hace una enfermedad de diagnóstico puramente clínico. La hematología nos revelará una leucopenia moderada y un leve aumento de los linfocitos. La presencia de fiebre y aumento de segmentados y velocidad de sedimentación nos puede hacer pensar en una infección bacteriana sobreagregada.

El tratamiento en general es sintomático y va encaminado a aliviar las molestias del paciente. En el hospital San Vicente se ha usado ASA para disminuir la temperatura, gotas nasales de Argirol u otras para la rinorrea, colirio de óxido de zinc para la fotofobia, abundantes líquidos para la disfagia y mantener un adecuado equilibrio hídrico, y para la tos; poción expectorante de Guayacolato de Glicerilo. En algunos casos se usó penicilina profiláctica para prevenir infecciones bacterianas secundarias. Las complicaciones se tratan dependiendo de las mismas.

Las complicaciones más frecuentes son las siguientes; aunque es difícil distinguir si estas pueden ser secundarias al virus o a infecciones bacterianas sobreagregadas.

1.- Del tracto respiratorio: Neumonías de diferente tipo, las cuales son muy frecuentes de encontrarse. Aproximadamente el

29o/o de adultos con sarampión progresaran a algún tipo de neumonía; principalmente bronconeumonía. Y dependiendo de la gravedad de estas se tratarán con antibióticos como penicilina cristalina 3 millones vía IV cada 3 horas, o penicilina procaina 800000 u. IM cada 12 ó 24 horas. En alérgicos se han usado eritromicina o tetraciclina a razón de 1 ó 2 grs.

2.- Amigdalitis; que se ha tratado con penicilina procaina a razón de 800000 u. IM cada 24 horas durante 8 a 10 días.

3.- Del tracto digestivo: Gastroenterocolitis (atribuidas a invasión del apéndice o las placas de Peyer). Todas por lo general con dietas y soluciones IV solamente para prevenir el desequilibrio hidro electrolítico, antiespasmódico para aliviar los espasmos, y en algunos casos poción antidiarréica cada 6 horas.

4.- Del SNC; Aunque aparentemente en los adultos no se ha presentado ningún caso en los últimos cinco años; deben estas mencionarse por ser las más temidas y que más mortalidad producen. Primero mencionaremos la Encefalomiелitis, que es muy rara pero muy grave cuando aparece; puede presentarse de 1 a 14 días después de iniciada la infección. Se manifiesta por recidiva de la fiebre, cefalea, vómitos, y rigidez de nuca, en algunos casos convulsiones y estupor. El LCR muestra aumento de linfócitos de 50 a 500 por mm³, y aumento de las proteínas.

El virus del sarampión también se ha visto que es una causa principal de una lesión cerebral crónica; la Panencefalitis Esclerosante Subaguda (PES), que produce deterioro mental, convulsiones y anormalidades motoras en niños y adolescentes. Con frecuencia produce la muerte.

Otras complicaciones que solo mencionaremos son la otitis media y el sarampión modificado por la vacuna inactiva que produce un cuadro similar pero más leve.

El pronóstico por lo general es bueno, salvo en complicaciones de SNC en donde se ha observado una mortalidad del 10o/o.

Una vez adquirida la enfermedad, se adquiere inmunidad para toda la vida. No deja secuelas, pero en algunos casos se ha observado que puede predisponer al padecimiento de Purpuras Trombocitopénicas, y que en los pacientes con tuberculosis pulmonar preexistente; puede exacerbar a activar la enfermedad. La PES que deja cierto grado de retraso mental.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- 1.- La Panencefalitis Esclerosante Subaguda (PES) es la más temida de las complicaciones del sarampión, pero no es la más frecuente.
 - 1.1 En nuestro estudio no se presentó ningún caso.
- 2.- El sarampión si predispone al padecimiento de infecciones respiratorias graves.
 - 2.1 Las complicaciones respiratorias son producto de infecciones bacterianas sobreagregadas en la mayoría de los casos, pero favorecidas por el padecimiento de sarampión.
 - 2.2 La complicación respiratoria más frecuente es la bronconeumonía, de cualquier etiología.
 - 2.3 Las complicaciones pulmonares son más frecuentes en personas menores de 20 años.
- 3.- El sarampión si ataca más adultos jóvenes que adultos viejos.
 - 3.1 En adultos la mayor parte de las veces ataca en el período comprendido entre 10 y 30 años de edad.
- 4.- No existe tratamiento específico para el sarampión.
 - 4.1 El tratamiento es completamente sintomático a excepción de las complicaciones.
- 5.- El pronóstico de la enfermedad por lo general es bueno.
 - 5.1 Tienen mal pronóstico las infecciones del SNC,

especialmente las de tipo desmielinizante.

5.2 La mortalidad en nuestro estudio fué 0.

6. El promedio de hospitalización en los pacientes es de 11 a 15 días como promedio.
- 7.- La atención en la sala Aislamiento del Hospital San Vicente es inadecuada por los recursos tan bajos de la misma.

RECOMENDACIONES:

1. Un mejor manejo de las fichas clínicas de los pacientes.
 - 1.1 Investigar y anotar el dato de si hubo inmunización previa para determinar el grado de efectividad de la vacuna.
- 2.- Mejorar las instalaciones de la sala, o de ser posible, construir otro edificio, adecuado para el tipo de pacientes que se tratan en la misma.
- 3.- Aumentar el número de personal médico y para-médico de la sala.
- 4.- Adquirir técnicas más modernas en los laboratorios.
- 5.- Adquirir medios de cultivo para identificación de patógenos virales.
- 6.- Evitar en lo posible el empleo de antibióticos profilácticos.
- 7.- Mayor énfasis en las campañas de vacunación en infantes para disminuir la morbi-mortalidad en estos, y por ende la enfermedad en adultos.

Hicimos mención de la carencia de recursos humanos y físicos del hospital en general, con el deseo de que este modesto análisis pueda servir en el futuro para mejorar aunque sea en mínima parte a mejorar la situación y el funcionamiento de nuestros hospitales en Guatemala.

CRITICA Y AUTOCRITICA

En general me parece que el tema es bastante interesante y sobre todo de mucha importancia, pues en la actualidad la gran mayoría de los estudios acerca de sarampión se han efectuado en niños.

Me hubiera gustado que la totalidad de los datos presentados en esta investigación hubieran sido obtenidos de la revisión de las fichas clínicas, pero nos enfrentamos con el limitante que estas eran en general bastante deficientes, no investigando datos importantes como inmunizaciones previas, focos de contagio, tiempos de apareamiento de la sintomatología, no se sigue la evolución del paciente con detalle etc. . . , por lo que nos vimos obligados a investigar en bibliografía extranjera y anotar muchos de estos datos en el trabajo. Otro factor limitante fue el hecho de la misma pobreza del hospital, hecho que hace que los medios diagnósticos sean por demás empíricos, y no pueda distinguirse con claridad la etiología de las complicaciones que hubiera sido uno de los parámetros más importantes a medir en la presente investigación.

La asesoría considero que fue adecuada por parte del médico asesor y revisor, pues en todo momento me brindaron su colaboración.

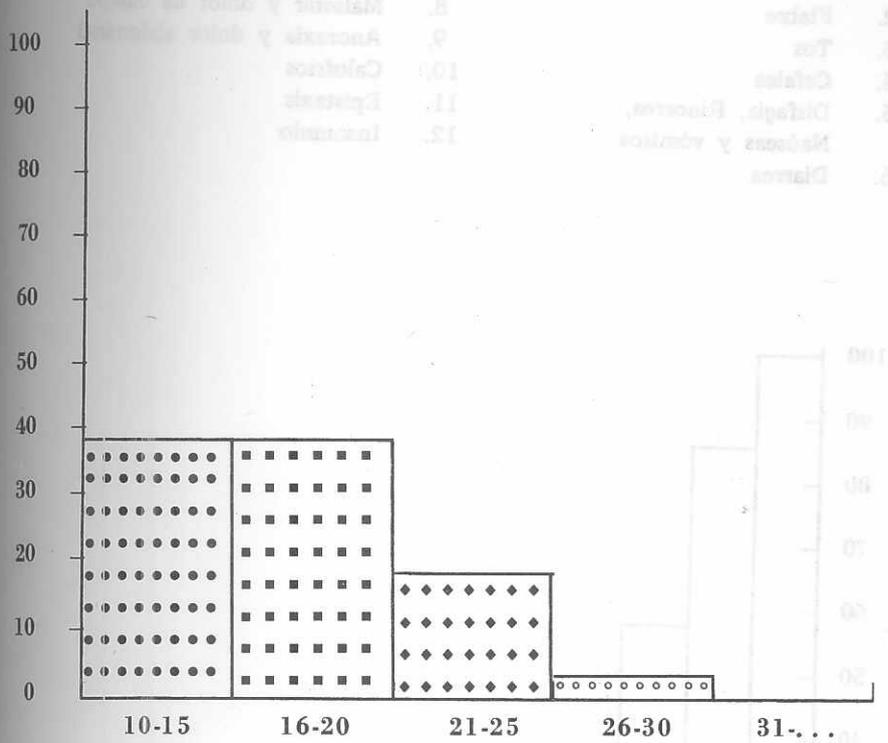
Espero que en algo pueda esta investigación servir a las generaciones médicas futuras y que haya quedado claro el mensaje que se quiso transmitir acerca de la enfermedad del sarampión en los adultos y sus complicaciones.

Muchas gracias.

ANEXOS:

TABLA No. 1

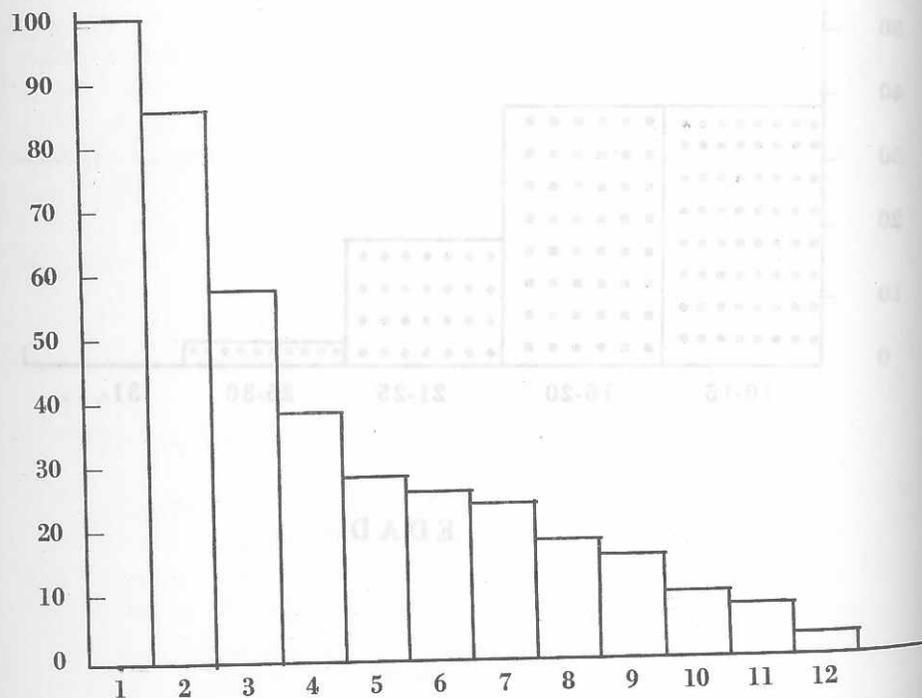
Incidencia por Grupos Etarios



EDAD

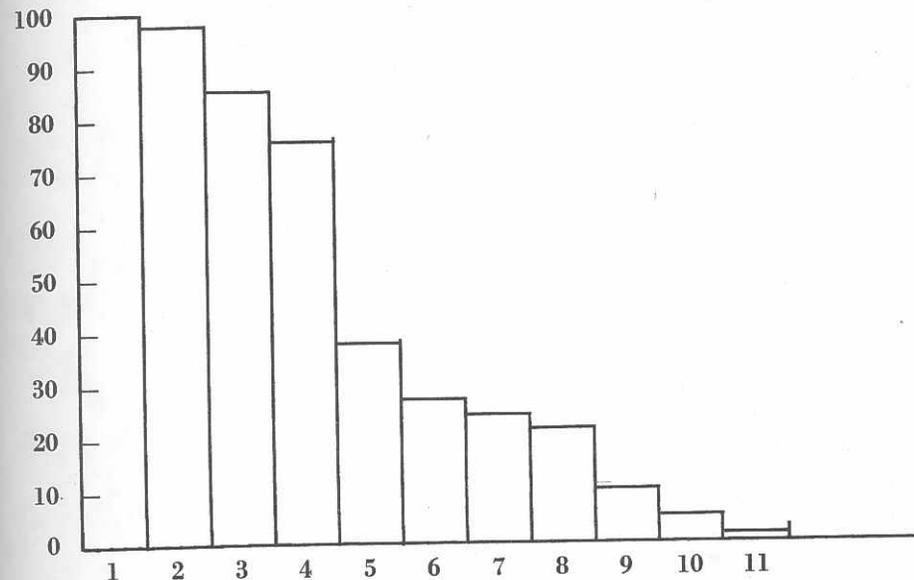
TABLA No. 2
SINTOMATOLOGIA

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Erupción | 7. Fotofobia |
| 2. Fiebre | 8. Malestar y dolor de cuerpo |
| 3. Tos | 9. Anorexia y dolor abdominal |
| 4. Cefalea | 10. Calofrios |
| 5. Disfagia, Rinorrea, Náuseas y vómitos | 11. Epistaxis |
| 6. Diarrea | 12. Insomnio |



SINTOMATOLOGIA

TABLA No. 3
HALLAZGOS FISICOS



HALLAZGOS FISICOS

1. Exantema
2. Conjuntivitis
3. Orofaringe Hiperémica
4. Taquicardia y fiebre
5. Ruidos respiratorios anormales
6. Sepsis oral
7. Manchas de Koplick
8. Rinorrea
9. Mucosas orales inflamadas
10. Dolor a la palpación en el abdomen
11. Tiraje intercostal e hipoacustia.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Control de Enfermedades Transmisibles en el Hombre.
11a. Edición 1970.
Dr. Nelson Estuardo Ramírez. O.M.S.
- 2.- Almaque Mundial 1970.
- 3.- Tratado de Medicina Interna.
Cecil Loeb. 13a. Edición 1972.
Editorial Interamericana.
- 4.- Microbiología Médica.
Ernest Jawest, Joseph L. Melnick, Edward A. Adelberg.
- 5.- Manual de Diagnóstico y Terapéutica.
David N. Holvey, John H. Talbott.
5a. Edición en Español, 1974.
Editorial Merck & Co.
- 6.- Documento Historia del Sanatorio Anti Tuberculoso
San Vicente. Administración Hospital San Vicente.
Guatemala, 1960.
- 7.- Escarlatina.
Comentario sobre algunas enfermedades eruptivas: Rubeola,
Sarampión y Escarlatina.
Pinto E. Miguel A. Guatemala, 1959.
- 8.- Sarampión y sus Complicaciones
Torres Castro Gladys Stella
Guatemala, 1960.

Dr. Fernando Rodolfo Gándara Soto.



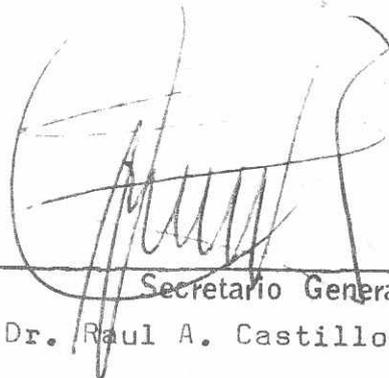
Asesor
Dr. Fernando Rendón C.

~~Revisor~~
~~DR. GUIDO FERNANDEZ MORALES~~

Dr. Guido Fernández.



Director de Fase III
Dr. Julio de León M.



Secretario General

Dr. Raul A. Castillo Rodas.

Vo.Bo.



Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo.