



## CARTAS AL EDITOR

### ¿Por qué los padres no vacunan a sus hijos? Reflexiones tras un brote de sarampión en un barrio de Granada

#### Why don't parents vaccinate their children? Reflections on a measles outbreak in a neighbourhood of Granada

Sr. Editor:

En octubre de 2010 se inició un brote de sarampión en el barrio del Albayzín, en Granada<sup>1</sup>. El virus del sarampión se introdujo en la celebración de una boda, a la que acudió un adulto enfermo en fase pre-eruptiva, procedente de Mallorca. El virus se extendió rápidamente, pues la cobertura vacunal en el barrio es baja. Inicialmente, la transmisión ocurrió sobre todo a nivel escolar, y posteriormente, en servicios sanitarios, alcanzando otros barrios de Granada y municipios de la provincia. A 30 de marzo de 2011 hay confirmados 180 casos, pero hay más que no han sido declarados, pues muchos padres no han acudido al centro de salud ni han colaborado con la investigación.

En el Albayzín hay un importante sector de la población con un estilo de vida que podemos llamar alternativo o naturista. Ante los problemas de salud, optan por medicinas alternativas, y muchos no han solicitado asistencia en nuestro sistema sanitario. En general, tienen posturas en contra de las vacunas, los antibióticos, los corticoides, etc. Por eso, en el barrio hay colegios con bajas coberturas vacunales, en uno de ellos del 60% para la triple vírica; es donde hubo mayor propagación del virus y a partir de ahora lo llamaremos colegio A.

Ante esta realidad, los pediatras nos preguntamos: ¿por qué los padres no vacunan a sus hijos? El rechazo a las vacunas ha sido objeto de numerosos estudios en EE. UU.<sup>2</sup>, donde se han realizado encuestas a padres sobre su postura frente a las vacunas y más recientemente en Europa<sup>3</sup>. En España, empieza a recibir atención, aunque todavía no hay estudios que cuantifiquen y analicen el problema<sup>4</sup>.

En nuestro barrio hay dos sectores bien diferenciados que no vacunan a sus hijos. En el primero, de población de bajo nivel socioeconómico, el motivo es el descuido. Este sector es fácilmente abordable, pues al insistir en la importancia de la vacunación acceden a ella. El segundo está constituido por población de nivel económico medio o alto, con

buena formación académica, y que rechazan las vacunas con un profundo convencimiento, tras haberse informado y reflexionar sobre el tema. Por diversas razones llegan a esta postura, como el deseo de una crianza natural, la influencia de médicos homeópatas en contra de las vacunas<sup>5</sup> o la información disponible en Internet en páginas como la de la «Liga para la libertad de vacunación»<sup>6,7</sup>. Creen que las vacunas son innecesarias y/o dañinas. Tienen miedo a los efectos secundarios; muchos piensan que la triple vírica produce autismo, que todas las vacunas contienen mercurio con efectos perjudiciales, o simplemente argumentan «las vacunas a la larga dan problemas», sin especificar de qué tipo. Por otro lado, se percibe la enfermedad, en este caso el sarampión, como algo banal, o piensan que son enfermedades que ya apenas existen y confían en el efecto rebaño al estar inmunizada la mayoría de la población. Además, argumentan que las vacunas se han implantado a pesar de ser inútiles o peligrosas porque el sistema capitalista defiende los intereses económicos de las compañías farmacéuticas.

Más interesante sería poder responder a la pregunta: ¿qué podemos hacer para que estos padres acepten las vacunas? Inicialmente, convocamos reuniones informativas en el colegio A, pero sólo acudieron los padres a favor de las vacunas. En la consulta hemos hablado mucho con los padres de filosofía antivacuna, pero su convencimiento es firme y difícil de cambiar. Se enviaron varias cartas y un burofax a los padres de niños no vacunados, tras lo cual accedieron a la vacunación los de postura menos rígida. Finalmente, se recurrió a una medida judicial, pues las vacunas pueden hacerse obligatorias en caso de que exista peligro para la salud pública. El 24 de noviembre se dictó la orden judicial de vacunar de triple vírica a los 35 niños del colegio A que no demostraron haber sido vacunados ni haber pasado el sarampión. Solamente 8 niños no inmunes quedaron sin vacunar. Pero el problema de fondo sigue estando presente.

En resumen, insistimos en que la filosofía antivacunas es una realidad que se debe tener en cuenta, y debemos pensar en estrategias para abordarla<sup>8</sup>. Desde la consulta de pediatría, tenemos que conocer bien los argumentos del movimiento antivacunas y ser capaces de dialogar para ir dando información científica que derribe los mitos y las falsas creencias<sup>9</sup>. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud adoptó una resolución para eliminar el sarampión y la rubéola en la Región Europea en el 2010, y recientemente una nueva resolución ha aplazado este objetivo al 2015<sup>10</sup>. A pesar de los planes de eliminación, todavía se registran en

Europa brotes de sarampión<sup>11,12</sup>, en muchos de los cuales el origen está en que hay sectores de población susceptibles por rechazo ideológico a las vacunas.

## Bibliografía

- López Hernández B, Laguna Sorinas J, Marín Rodríguez I, Gallardo García V, Pérez Morilla E, Mayoral Cortés JM. Spotlight on measles 2010: An ongoing outbreak of measles in an unvaccinated population in Granada, Spain, October to November 2010. *Euro Surveill.* 2010;15:17-20. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19746>.
- Jacobson RM, Targonski PV, Poland GA. A taxonomy of reasoning flaws in the anti-vaccine movement. *Vaccine.* 2007;25:3146-52.
- Dannetun E, Tegnell A, Hermansson G, Giesecke J. Parents' reported reasons for avoiding MMR vaccination. *Scand J Primary Health Care.* 2005;23:149-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430510031306>.
- Van Esso DL. Los padres frente a la vacunación. *Vacunas.* 2010;11:133-4.
- Marín Olmos JM. *Vacunaciones sistemáticas en cuestión.* 2.ª ed. Barcelona: Icaria; 2005.
- Liga para la Libertad de Vacunaciones. Disponible en: [www.vacunacionlibre.org](http://www.vacunacionlibre.org).
- Katta A. A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine.* 2010;28:1709-16.
- Cooper LZ, Larson HJ, Katz SL. Protecting public trust in immunization. *Pediatrics.* 2008;122:149-53.
- Gust DA, Kennedy A, Shui I, Smith PJ, Nowak G, Pickering LK. Parent attitudes toward immunizations and healthcare providers. The role of information. *Am J Prev Med.* 2005;29:105-12.
- World Health Organization Resolution. *Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2010 and sustained support for polio-free status in the WHO European Region.* Moscow, Russia: WHO Regional Office for Europe; 2010. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/122236/RC60\\_eRes12.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/122236/RC60_eRes12.pdf).
- EUVAC.NET. Measles surveillance annual report 2009. Disponible en: <http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual-2009.pdf>.
- Peña-Rey I, Martínez de Aragón MV, Mosquera MM, De Ory F, Echevarría JE. Measles Elimination Plan Working Group in Spain. Measles risk groups in Spain: Implications for the European measles-elimination target. *Vaccine.* 2009;27:3927-34.

M. Martínez Romero<sup>a,\*</sup>, S. Martínez Diz<sup>b</sup>  
y F. García Iglesias<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Albayzín, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[margarita.martinez.romero.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:margarita.martinez.romero.sspa@juntadeandalucia.es)

(M. Martínez Romero).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.04.002

## Parálisis facial asociada a eritema multiforme por virus del herpes simple

### Facial paralysis associated with herpes simplex-induced erythema multiform

Sr. Editor:

La fisiopatología de la parálisis facial (PF) idiopática sigue siendo un asunto controvertido pero cada vez está más admitida como una de sus causas más frecuentes, la reactivación del virus herpes simple (VHS) con daño inflamatorio en el trayecto intrapetroso del nervio facial<sup>1,2</sup>. Si bien la mera presencia de VHS en el nervio no justifica su posible etiología viral<sup>3</sup>. Por otro lado, se admite que una gran mayoría de los casos de eritema multiforme (EM) siguen a la reactivación o la infección por el VHS<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un niño de 2 años y 3 meses, que acude por síntomas de 3 días de evolución consistente en fiebre de hasta 38,5° C y erupción cutánea, que comenzó en el tronco y la cara, y se extendió a los miembros de forma progresiva sin prurito. Mostraba asimetría facial en las últimas 24h. No refería ingesta de fármacos ni tratamientos previos. Antecedentes de gingivoestomatitis de apariencia herpética el mes anterior.

A la exploración presentaba buen estado general y destacamos dos hallazgos de interés:

Lesiones dérmicas localizadas en la cara —región malar—, tronco, espalda, región escrotal y miembros —afectando palmas y plantas, consistentes en máculo-pápulas bien delimitadas, con centro más oscuro y en alguna de ellas vesícula central. A nivel peribucal, en el dorso de las manos, la región supraciliar y el pabellón auricular presentaba lesiones vesiculosas con signos de impetiginización (figs. 1 y 2).

Paresia facial periférica derecha grado IV<sup>5</sup> (fig. 1). El resto de la exploración general y neurológica no ofrecía datos patológicos.

Entre las pruebas complementarias, destacan un hemograma con leucocitosis y neutrofilia. La bioquímica básica (glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, proteínas totales, calcio) fue normal. Aminotransferasas ligeramente aumentadas con transaminasa glutámicoalacética 77 U/l y transaminasa glutámico pirúvica 107 U/l. Proteína C reactiva 25,1 mg/l. Hemocultivo negativo. PCR a virus del grupo herpes en el exudado de las lesiones positiva para el VHS-1 y negativas para virus herpes humano tipo 6, virus de la varicela zóster, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr.

El paciente fue diagnosticado de EM y PF asociada y ante la sospecha etiológica del VHS, se inició aciclovir intravenoso a 30 mg/kg/día para evitar recidivas posteriores. Durante su estancia la evolución clínica fue favorable. Completó un total de 7 días con aciclovir, con recuperación de las lesiones