

Alerta por caso confirmado de rubéola

ARGENTINA
NOS INCLUYE



Semana Epidemiológica: 23
Notificador : Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI). Centro Nacional de Alerta y Respuesta Rápida (CENARR). Dirección de Epidemiología
Fecha de Alerta: 12 de junio de 2014
Código CIE – 10: B06
Redacción informe : ProNaCEI

La Ciudad de Autónoma de Buenos Aires ha notificado un caso confirmado de rubéola en un adulto, por lo que el Ministerio de Salud de la Nación emite el presente Alerta Epidemiológico con el objeto de mantener activo el sistema de vigilancia epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática e implementar en forma oportuna medidas de prevención y control. Especial importancia merecen las mujeres en edad fértil, que deben estar correctamente vacunadas para prevenir la aparición de casos de síndrome de rubéola congénita.

Antecedentes

Antes de la vacunación masiva la rubéola era endémica en la Argentina, con brotes epidémicos que se encontraban íntimamente relacionados con los casos de SRC, con una gran morbimortalidad. Los brotes de rubéola se presentaban en periodos de cinco a ocho años. El mayor registro ocurrió en 1992, superando los 85.000 casos.

En Argentina la vacuna antirrubéolica, como triple viral, se incluyó en el Calendario Nacional en el año 1998 (al año de vida y al ingreso escolar) observándose un marcado descenso en el número de casos notificados de rubéola. En el año 2003 se incluyó la vacunación con doble viral en el puerperio o pos aborto inmediato y la vacunación con triple viral a la edad de 11 años, a los niños con esquema incompleto.

En el año 2003 se integró la vigilancia de rubéola a la ya existente de sarampión, iniciándose las vigilancias sindromática de exantemáticas febriles, ya que son enfermedades indistinguibles clínicamente y deben ser confirmadas por laboratorio.

En los años 2006 y 2008 se realizaron campañas de vacunación masivas dirigidas a mujeres y varones (15-39 años) con coberturas de 98,8 y 90 % y respectivamente. En 2009 se realizó la campaña de seguimiento entre 13 meses y 5 años, lográndose una cobertura de 98%.

En los años 2007 - 2008 se presentó un brote de rubéola en el que se notificaron 2218 casos, genotipo 2B, y afectó al 80% de las provincias argentinas. En la SE 5 de 2009 se identificó el último caso de rubéola de Argentina en la provincia de Buenos Aires. Asimismo, en ese mismo año se identificaron los últimos casos de síndrome de rubéola congénita (SRC).

Argentina, como otros países de la región, se encuentra certificando la eliminación de la circulación endémica de los virus de sarampión y rubéola

Si bien en la Región de las Américas no se registran casos endémicos de rubéola desde el año 2009, el virus continúa circulando y causando brotes en otros continentes.

Durante 2013 se notificaron 39.367 casos de rubéola en 21 países de la Región Europea de la OMS, 98% de los casos (38.535) fueron notificados por Polonia.

En la Región del Pacífico Occidental, al 30 de mayo de 2014 se notificaron 43195 casos de rubéola y se confirmaron 5830 (principalmente en China y Malasia). Durante el año 2013 los países de esta región que más casos notificaron fueron Japón (14.359 casos de rubéola y 31 de SRC) y China (17.580 casos de rubéola, sin dato de casos de SRC).

RUBÉOLA

Es una enfermedad viral aguda que se caracteriza por fiebre generalmente leve y exantema: su importancia para la salud pública radica en que la infección durante el primer trimestre del embarazo puede alterar el desarrollo fetal y dar lugar a aborto espontáneo, muerte o a malformaciones congénitas graves. El síndrome de rubéola congénita (SRC) es una causa frecuente de ceguera, sordera, cardiopatía congénita y retraso mental.

Agente etiológico: Virus ARN pertenece a la familia Togaviridae.

Reservorio: ser humano

Transmisión: Por contacto directo con secreciones a través de gotitas de Pflügge.

Los lactantes con SRC excretan virus por secreciones faríngeas y orina hasta un año después del nacimiento.

Periodo de incubación: 14 a 21 días.

Contagiosidad: Es muy contagiosa, desde una semana antes de la aparición del exantema y hasta 5 a 7 días después.

Clínica: Se inicia con malestar general, febrícula y cefalea. Antes del exantema, aparece linfadenopatía retroauricular, occipital, y cervical posterior.

El exantema puede faltar en un 50% de los casos. Cuando aparece, es eritematoso, no confluyente, maculopapular, progresa en dirección cefalocaudal, generalizándose en 24 horas. Dura de uno a cinco días.

Pueden presentarse artralgias o artritis.

Los síntomas son más frecuentes en adultos que en niños.

Aproximadamente 50% de infecciones por el virus de la rubéola son asintomáticas.

Los principales diagnósticos diferenciales son: sarampión, dengue, parvovirus, coxsackie, enterovirus, adenovirus, escarlatina.

Diagnóstico: Debe ser confirmada con serología (Anticuerpos IgM específicos) detectables luego del quinto día del exantema.

También se puede aislar virus mediante hisopado faríngeo y orina.

No hay un **tratamiento** específico para los casos.

Aislamiento: los niños no deben asistir a la escuela hasta una semana después de aparecida la erupción. Aislamiento respiratorio en pacientes hospitalizados.

Medidas de Prevención y Control: las medidas de control incluyen vacunación y vigilancia epidemiológica.

Se deben alcanzar y mantener altos niveles de coberturas de inmunización (mayor al 95%).

Una sola dosis de vacuna contra la rubéola produce una respuesta protectora de anticuerpos en el 95% de las personas susceptibles.

Seguimiento de embarazadas en contacto con los casos sospechosos.

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE EVITAR LA RUBÉOLA ES PREVENIR EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITO.

En la Región del Sudeste Asiático de la OMS (SEARO) el virus de la rubéola continúa circulando. Los países que más casos de rubéola notificaron durante el año 2013 fueron: India (2568), Bangladesh (3034) e Indonesia (2456). Bangladesh también notificó 19 casos de SRC. No se cuenta con este dato de India ni Indonesia.

Situación Actual

El Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires notificó el 3/6 un caso sospechoso de enfermedad febril exantemática en un adulto de sexo masculino de 31 años de edad, sin antecedente de viaje, residente de la Ciudad de Buenos Aires. Inició con fiebre el día 26/5 y exantema el 30/5/14. El 3/6 se obtuvo muestra que resultó positiva por serología (IgM) y PCR (+) en orina, descartándose por ambos métodos sarampión. El caso fue notificado al SNVS-SIVILA por el laboratorio de Referencia Jurisdiccional de la Ciudad de Buenos Aires, perteneciente a la red Nacional de Sarampión y Rubéola. El Laboratorio Nacional de Referencia INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" confirmó estos resultados. Se encuentra en curso la genotipificación.

Acciones de Control

Ante la notificación de la sospecha se iniciaron las acciones e investigación epidemiológica en el domicilio particular y laboral del caso. Se detectaron 150 contactos laborales entre los que hay 46 personas de nacionalidad India 5 de otras nacionalidades.

Se realizaron acciones de bloqueo vacunándose 102 contactos laborales. En la investigación se detectó un contacto de nacionalidad India que había presentado síndrome febril inespecífico en el último mes. Hasta el 10/6 no se habían detectado otros casos sospechosos. La investigación continúa en curso.

El Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires confeccionó la línea temporal del caso para establecer períodos de infección, transmisibilidad y aparición de casos secundarios.



RECOMENDACIONES

Verificar **esquema de vacunación completo** para la edad según calendario Nacional de Vacunación: vacuna triple viral al año de edad y al ingreso escolar

- De **12 meses a 4 años**: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- De **5 a 50 años**: deben acreditar DOS DOSIS de vacuna con doble o triple viral después del primer año de vida

Las personas **mayores de 50 años** se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Alternativamente, la confirmación por laboratorio (anticuerpos IgG específicos del sarampión y rubéola) constituye un correlato de protección adecuada

Es necesario **intensificar la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos** de enfermedad febril exantemática, en todos los sectores de atención de salud, públicos, privados y centros particulares.

Caso sospechoso: Paciente con fiebre (temperatura axilar mayor a 38°C), exantema, o en todo caso en que el profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola

ACTIVIDADES ANTE CASO SOSPECHOSO (NO ESPERAR LA CONFIRMACION DE LABORATORIO PARA ACCIONES DE CONTROL Y BLOQUEO):

1. **Informar en forma urgente** a la autoridad inmediata superior por el medio disponible (fax, teléfono, mail)
2. Completar la **ficha de notificación**
3. Tomar **muestra de sangre (esta muestra debe tomarse siempre!), orina** (hasta 14 días posterior a la aparición de exantema) e hisopado nasofaríngeo (**HNF**) (hasta 7 días posterior a la aparición del exantema) y remitir al laboratorio de la red de sarampión y rubéola de la jurisdicción.
4. **Notificar al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)** en los módulos C2 (ante la sospecha clínica de parte de un profesional de la salud) y SIVILA (frente a la sospecha de un paciente cuya muestra ingresa a un laboratorio)
5. Actividades de vacunación de **bloqueo** en los contactos del caso sospechoso, así como lugares que frecuente (trabajo, club, gimnasio, etc.) **SIN ESPERAR LA CONFIRMACION DE LABORATORIO**
6. Aislamiento del paciente **hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema** para evitar el contacto con personas susceptibles (sin vacunación), especialmente embarazadas. En caso de requerir internación, se debe proceder al **aislamiento respiratorio**.
7. Identificar la posible **fuentes de infección**, evaluando los lugares que el enfermo ha frecuentado, desplazamientos y viajes, entre los **7 y 30 días previos al inicio del exantema** e informando al servicio de Salud o al profesional responsable del cumplimiento del Programa.
8. **Seguimiento de embarazadas** que hayan tenido contacto con sospechosos de la enfermedad.
9. En el caso de confirmar rubéola en una embarazada (especialmente 1er. trimestre de embarazo), es necesario realizar el seguimiento de la madre hasta el nacimiento y posterior estudio al Recién Nacido frente al riesgo de haber contraído SRC.
10. Del nivel operativo: Efectuar acciones de monitoreo rápido de cobertura en áreas de ocurrencia de casos. Si la cobertura fuera menor del 95%, está recomendada la vacunación "de barrido" con doble o triple viral en un área de diez manzanas a la redonda y de todos los lugares frecuentados por el caso.