

Rubéola: enfermedad a prevenir en las mujeres jóvenes y a diagnosticar en las consultas de Atención Primaria.

Autores: Martínez Mora M, González Núñez C. Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. CSU Santa Hortensia, Área 2 Madrid.

INTRODUCCIÓN

La rubéola es una enfermedad exantemática causada por un virus ARN, encuadrado dentro del género *Rubivirus* de la familia *Togaviridae*. Tiene un doble mecanismo de transmisión: por un lado, el contacto directo o vía respiratoria con un individuo infectado (con una contagiosidad del 90%), y por otro, la transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo.

Es una enfermedad generalmente benigna, cuya importancia desde el punto de vista de salud pública radica en los efectos teratogénicos de la primoinfección en mujeres embarazadas cuando se contrae en el primer trimestre de gestación, pudiendo causar aborto, muerte fetal y síndrome de rubéola congénita (SRC). Este síndrome es causa importante de malformaciones, siendo una de las causas más frecuentes de sordera congénita en países donde las campañas de prevención son insuficientes.

La Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/topics/rubella/es/> establece como objetivo prioritario para 2010 la reducción de la incidencia del SRC en la región europea a <1/100000 nacidos vivos¹. Esto puede ser posible debido a que el huésped de la enfermedad es exclusivamente humano y a la alta efectividad de la vacuna. Para conseguirlo se requieren campañas de vacunación eficaces y el control precoz de los casos detectados para evitar la transmisión. Recordemos, que en España desde la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica en el año 1995, la rubéola es una enfermedad de declaración obligatoria².

En nuestro medio, tras la introducción de la vacunación, se había producido un importante descenso en la incidencia de la enfermedad, siendo los más susceptibles de contraerla los varones jóvenes, debido a que por edad no recibieron la vacuna y a que durante su infancia la circulación del virus era escasa. Sin embargo en los últimos años se están produciendo cambios en la susceptibilidad, debido a la llegada de adultos inmigrantes no vacunados, la mayoría procedentes de países latinoamericanos. Este hecho aumenta el riesgo de brotes, por una mayor circulación del virus, y por tanto el número de casos de SRC³.

EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad, la rubéola es una enfermedad de baja incidencia en los países con altas coberturas vacunales, debido a la elevada inmunogenicidad de la cepa vacunal⁴. Sin embargo, la inmunidad conferida por la circulación del virus salvaje en países donde la mayoría de la población se infecta en los primeros años de vida puede hacer que exista una susceptibilidad comparable a la de las naciones con campañas de vacunación frente a la enfermedad.

El patrón de aparición de la enfermedad era en ondas epidémicas primaverales. Durante los años 1962-1965 tuvo lugar una pandemia que se acompañó de un importante aumento de casos de SRC, por lo que a partir de la segunda mitad de la década de los 60 se desarrollaron las primeras vacunas contra esta infección.

La prevalencia de anticuerpos protectores frente a la rubéola varía dependiendo del área geográfica. Los datos relativos a África son escasos; en algunas zonas la prevalencia de la enfermedad en niños menores de 10 años es del 80%. La cobertura vacunal en Europa occidental oscila desde el 60% en Italia hasta un 98% en Finlandia. En el año 2000 todavía existían países europeos (Polonia, Rumania y Rusia) donde no se disponía de programas de vacunación frente a la rubéola. En América latina la rubéola y el SRC suponen un importante problema de salud, debido a que la vacuna fue introducida a finales de la década de los 90 y a la baja circulación del virus en los 80, lo que supone que un importante porcentaje de la población (especialmente adultos jóvenes) no está inmunizado³.

Respecto a España, la mayor susceptibilidad se encuentra en varones nacidos entre 1977 y 1981, con una prevalencia de anticuerpos del 93.8%⁵. En la Comunidad de Madrid esta prevalencia en la población de 2 a 60 años es mayor del 95%, existiendo diferencias entre sexos en el grupo de 16 a 20 años (mujeres 99% varones 93,1%)⁶. Además, en un estudio reciente, se observa un nivel de susceptibilidad del 11% en mujeres inmigrantes, la mayoría latinoamericanas⁷.

En los años 80 la incidencia de la rubéola en España era de 420 casos/100000 habitantes (161.000 casos). Debido a las estrategias vacunales se produjo un importante descenso, pasando de más de 2000 casos a menos de 200 en la década de los 90⁸. Sin embargo, hoy en día se siguen produciendo brotes, como el de Barcelona en inmigrantes procedentes de Brasil en Octubre-Diciembre de 2005 (con 8 infectados, incluida una mujer embarazada a la que se le practicó un aborto terapéutico)⁹ y los de Madrid en los años 2003¹⁰ y en 2005. En este último caso, entre el 1 de Enero y el 31 de Agosto se contabilizaron 460 casos en todas las áreas de salud, lo que supone un 71.8% de los casos detectados desde 1998. La incidencia más alta se produjo entre los 20 y 29 años de edad (41.6% de mujeres, el 91.8% de ellas en edad fértil). El 56.2% de los casos detectados proceden de fuera de España, sobre todo de países latinoamericanos¹¹. De todos los casos 8 se produjeron durante el embarazo, dando lugar a tres casos de SRC.

CLÍNICA

Tiene un periodo de incubación de 2 a 3 semanas. El periodo de contagio abarca desde una semana antes hasta una semana después de la aparición del exantema, siendo el mayor momento de mayor infectividad el inicio de éste. Las infecciones subclínicas pueden transmitir el virus.

La **infección postnatal** suele ser una enfermedad leve o subclínica, pudiendo llegar a ser la proporción de ésta del 20-50 %. En los niños es poco frecuente que haya fase prodrómica. Los adultos pueden tener un pródromo breve de malestar general, fiebre y anorexia.

La OMS admite como **caso clínico de rubéola** a todo paciente de cualquier edad con exantema maculopapular y fiebre que además presenta artralgia/artritis y/o adenopatías retroauriculares, suboccipitales o cervicales¹. El exantema, que es no confluyente, suele comenzar en la cara y se extiende de manera descendente por el tronco; en los primeros días puede acompañarse de fiebre, rinitis y conjuntivitis leves. Las complicaciones son poco frecuentes y entre ellas se incluyen artritis, hemorragia secundaria a trombocitopenia y encefalitis. (Ver fotografías <http://www.vaccineinformation.org/rubella/photos.asp> - tomado de Immunize.org)

La artritis aparece casi exclusivamente en mujeres. Afecta de manera simétrica a los dedos de las manos, muñecas, rodillas y codos. Aparece durante la primera semana tras el inicio del exantema y generalmente tarda varias semanas en desaparecer. Es excepcional que persistan más allá de un año¹².

La trombocitopenia es más frecuente en niños. Afecta a 1 de cada 3000 pacientes, tiene una duración variable (incluso varios meses) y puede producir hemorragias cuyas consecuencias serán más o menos graves según al órgano al que afecten.

La encefalitis puede aparecer tanto en niños como adultos, siendo más frecuente en estos últimos. Su incidencia es 5 veces menor que la causada por sarampión (1 de cada 5000 infectados). Cursa con una mortalidad del 20-50%.

La **infección en la mujer embarazada** puede provocar rubéola congénita en el feto hasta en un 90% en las primeras 11 semanas de gestación, disminuyendo a medida que avanza el embarazo, de manera que si se considera a las mujeres infectadas en las primeras 20 semanas la proporción es del 20%.

El **síndrome de rubéola congénita (SRC)** es una de las causas más frecuentes de sordera en países con bajas coberturas vacunales¹³. Se caracteriza por una serie de malformaciones que pueden ponerse de manifiesto en el momento del nacimiento o durante los dos primeros años de vida. Sus signos clásicos son cataratas, cardiopatía y sordera (triada de Gregg). Dentro de las cardiopatías, el ductus arterioso persistente y la estenosis de la arteria pulmonar son las más frecuentes. Se han descrito otras muchas complicaciones, como bajo peso al nacimiento, hepatoesplenomegalia, ictericia, neumonía, trombocitopenia, retraso en el desarrollo y diabetes mellitus. Además, los afectados por SRC pueden seguir eliminando el virus por secreciones durante más de un año¹⁴. (Ver fotografías <http://www.vaccineinformation.org/rubella/photos.asp> - tomado de Immunize.org)

Las reinfecciones son raras, aunque no excepcionales, siendo el riesgo de SRC <5-10% si se produce en el primer trimestre de embarazo¹⁵.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial de la rubéola incluye diferentes enfermedades exantemáticas tales como escarlatina, sarampión modificado, roséola e infecciones por Parvovirus B19 y Enterovirus. Debido a la inespecificidad del cuadro clínico el diagnóstico debe confirmarse por medio de técnicas de laboratorio. Estas se basan en³:

Procedimientos directos: utilizan la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para cultivo del virus en muestras de orina, sangre, líquido cefalorraquídeo, exudados nasales y faríngeos, siendo estos últimos los de mayor rendimiento. Tienen la ventaja de ser muy específicos, pero son muy costosos y de baja disponibilidad. Su uso se limita al diagnóstico de infección intrauterina y del SRC.

Procedimientos indirectos: utilizan pruebas serológicas. Son las más empleadas en nuestro medio. De ellas la más frecuente es el análisis de inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISA), que detecta los anticuerpos IgG e IgM. El diagnóstico de infección se basa en la detección de IgM, seroconversión de IgG y seroreforzamiento de IgG (aumento de al menos 4 veces el título). Los anticuerpos IgM se detectan a partir del tercer día y durante las 6 primeras semanas, pudiendo perdurar hasta 3-12 meses.

Pueden existir falsos positivos en caso de infección por otros virus (especialmente virus del grupo herpes). Además en algunos casos se pueden mantener niveles detectables de IgM años después de la infección, como por ejemplo en niños que padecen rubéola congénita. En cualquier caso no está indicada su detección en embarazada sana y sin antecedentes de contacto, debido a que un diagnóstico erróneo podría terminar en una interrupción del embarazo¹⁶.

TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico. Las actuaciones deben ir dirigidas al control de los síntomas y vigilancia de la aparición de complicaciones.

PREVENCIÓN

La importancia sanitaria de la rubéola se basa en la capacidad del virus de infectar al feto en las madres seronegativas produciendo SRC. La aparición de anticuerpos específicos protectores frente a la enfermedad se produce con la infección por el virus salvaje y por medio de la vacunación.

La vacuna frente a la rubéola es una vacuna de virus vivos atenuados. Se empezó a administrar en España a finales de la década de los 70 mediante campañas escolares de vacunación dirigidas a niñas de 11 años. En el año 80-81 comienza administrarse la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) a los niños y niñas de 15 meses. En el año 1996 se introdujo una segunda dosis de triple vírica a los 11 años que se adelanta en el año 1999 a los 4 años, manteniendo la dosis de los 11 años de manera transitoria para los no vacunados¹¹. Actualmente, en la Comunidad de Madrid, debido al brote de sarampión, Salud Pública recomienda adelantar la primera dosis en niños de 11 a 14 meses y administrar una dosis adicional en niños entre 6 y 11 meses¹⁷. Además se está realizando una campaña de prevención en mujeres en edad fértil, especialmente para las más susceptibles, debido al aumento de incidencia de rubéola. En la comunidad de Murcia también se está llevando a cabo una campaña de vacunación de triple vírica destinada a población inmigrante no inmunizada previamente¹⁸.

Eficacia de la vacuna triple vírica: las tasas de seroconversión son para sarampión del 95-98% y del 95-99% para rubéola y parotiditis¹⁹.

Indicaciones²⁰:

- Niños según calendario vacunal vigente.
- Adultos jóvenes que no hayan sido vacunados previamente o que carezcan de un certificado médico que indique que han tenido el sarampión (especialmente estudiantes y personal sanitario).
- Adultos sanos expuestos al virus del sarampión, antes de que transcurran 72 h de la exposición.
- La vacunación antirrubéolica (administrando también triple vírica) está indicada en mujeres susceptibles en edad fértil, descartando el embarazo actual y evitándolo en los 3 meses siguientes a la vacuna. Se recomienda investigar el estado vacunal de la población femenina fértil de manera sistemática. En caso de que no haya evidencias o antes la duda sobre la inmunización, se procederá a su administración. El recuerdo de haber padecido la enfermedad no es válido como criterio diagnóstico de estar inmunizada. Para la vacunación no es preciso conocer previamente el título de anticuerpos protectores.

Contraindicaciones²¹:

- Enfermedad febril grave.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, con excepción de infectados por VIH o enfermos de Sida.
- Reacción anafiláctica al huevo.
- Embarazo o posibilidad de embarazo en los tres meses siguientes a la administración.
- Administración reciente de gammaglobulina en los 2-3 meses previos.

No constituye contraindicación la infección de vías respiratorias altas afebril, embarazo de una mujer de la unidad familiar, lactancia y administración de sangre o gammaglobulina anti-D en el parto o postparto inmediato.

Efectos secundarios¹⁹:

En general la tolerancia de la triple vírica es excelente. Los efectos indeseables derivan de los efectos adversos de sus componentes individuales. El más frecuente es fiebre (5-15 %) que aparece de 15 a 12 días tras vacunación. Puede asociarse a exantema, adenopatías y artralgias, sobre todo en mujeres postpuberales. Otros efectos infrecuentes son encefalitis (< 1 por cada millón de dosis), trombocitopenia transitoria, reacciones alérgicas (huevo, antibióticos, gelatinas...) y convulsiones de tipo febril.

La dosis de revacunación no suele producir efectos adversos, a no ser que la dosis inicial no fuera inmunógena. Tampoco se producen cuando se vacuna a una persona que ha pasado la infección natural.

CONCLUSIONES

La rubéola es una enfermedad que hasta hace pocos años se consideraba típica de la infancia y de carácter leve. Sin embargo, no hay que olvidar que puede producir graves consecuencias como muerte fetal y malformaciones congénitas si se contrae durante el embarazo. Si a esto sumamos el aumento de incidencia que se está produciendo en población adulta en edad fértil, nos encontramos ante un problema de salud pública.

Uno de los factores que contribuyen a este cambio en el panorama actual se debe al importante flujo migratorio de población no inmunizada, procedente en nuestro medio principalmente de países latinoamericanos.

Puesto que se dispone de una vacuna eficaz y con escasos efectos secundarios para el control de la enfermedad, **es importante la inmunización sistemática de la población, no sólo infantil, según calendario vacunal, sino también adulta, centrándose en las mujeres en edad fértil, sobre todo inmigrantes.** Además los profesionales sanitarios deben tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial ante un exantema.

BIBLIOGRAFIA

¹ World Health Organization. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2003. <http://www.euro.who.int/document/e81567.pdf>

² Boletín oficial del Estado. Real Decreto 2210/95, de 28 de Diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm. 21, 24/1/1996.

³ Sanz JC, De Ory F. Rubéola: el nuevo escenario de una vieja enfermedad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006; 24(1): 36-44.

⁴ Miller E, Hill A, Morgan-Capner P, Forsey T, Rush M. Antibodies to measles, mumps and rubella in UK children 4 years after vaccination with different MMR vaccines. *Vaccine.* 1995; 13: 799-802.

⁵ Amela C, Pachon I, De Ory F. Evaluation of the measles, mumps and rubella immunisation programme in Spain by using a sero-epidemiological survey. *Eur J Epidemiol.* 2003; 18: 71-9.

⁶ III Encuesta de Serovigilancia de la CM. Boletín epidemiológico de la CM. 2002; vol 8(5).

⁷ Garrido E, Alvarez MJ. Seroprevalencia de anticuerpos antirrubéola en mujeres inmigrantes en edad fértil en 2 centros de salud de Madrid. *Vacunas.* 2004; 5: 75-78.

⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. Vacuna del sarampión, rubéola, parotiditis. En: Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Subdirección General de la Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. p. 49-55.

⁹ Torner N, Valerio L, Costa J, Parron I, Domínguez A. Rubella outbreak in young adults of Brazilian origin in a Barcelona suburb, October-December 2005. *Eurosurveillance* 2006; 11(2): 060223

<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060223.asp>

¹⁰ Lemos C, Ramirez R, Ordobas M, Guibert DH, Sanz JC, Garcia L, Martinez-Navarro F. New features of rubella in Spain: the evidence of an outbreak. *Eurosurveillance* 2004; 9(4):19-20.
<http://www.eurosurveillance.org/em/v09n04/0904-230.asp>

¹¹ Servicio de Epidemiología. Brote comunitario de rubéola en la población residente en la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. Volumen 11. Noviembre 2005.

¹² Masuko-Hongo K, Kato T, Nishioka K. Virus-associated arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003 Apr;17(2):309-18.

¹³ World Health Organization. Immunization, vaccines and biologicals. Rubella vaccine.
<http://www.who.int/vaccines/en/rubella.shtml>

¹⁴ CDC. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. 3rd edition, 2002.
http://www.cdc.gov/nip/publications/surv-manual/chpt12_rub_crs.pdf

¹⁵ World Health Organization. Standardization of the nomenclature for genetics characteristics of wild-type rubella viruses. *Weekly Epidemiological Record*. 2005; 14: 126-132.

¹⁶ Best JM, O'Shea S, Tipples G, Davies N, Al-Khusaiby SM, Krause A, et al. Interpretation of rubella serology in pregnancy-pitfalls and problems. *BMJ*. 2002; 325(7356): 147-8.

¹⁷ http://www.vacunasaep.org/noticias/madrid_tv_6m_2006.htm

¹⁸ <http://www.murciasalud.es/noticia.php?id=86540&idsec=66>

¹⁹ Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. *Vacunas en Pediatría*. 3^a Edición, 2005.

²⁰ Álvarez MJ, Batalla C, Comín E, Gómez JJ, Pericas J, Pachón I, et al. Prevención de la enfermedades infecciosas. *Aten Primaria*. 2005; 36 (Supl 2): 66-84.
<http://www.papps.org/recomendaciones/08-expertos-prevencion-infeccion.pdf>

²¹ Luis Salleras. *Vacunaciones Preventivas: principios y aplicaciones*. 2^a Edición, 2003.