

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

# Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rubéola en el Primer Nivel de Atención

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-138-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**B06 Rubéola**

**GPC**

### **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rubéola en el Primer Nivel de Atención**

**ISBN en trámite**

## DEFINICIÓN

La rubéola es una enfermedad infectocontagiosa de origen viral causada por un togavirus del género Rubivirus, se caracteriza por una leve erupción maculopapular la cual solo la presentan aproximadamente el 50% de los infectados. Los niños generalmente desarrollan pocos o ningún síntoma, pero los adultos pueden experimentar de 1-5 días pródromos como: fiebre leve, dolor de cabeza, malestar general, coriza, conjuntivitis y adenopatía retroauricular. El 80% de los casos de rubéola son diagnosticados como sarampión o escarlatina. Las complicaciones se presentan con poca frecuencia y son: púrpura trombocitopénica, encefalitis, neuritis, y orquitis artritis

El tiempo de incubación varía de 12 a 23 días, el periodo infeccioso de la rubéola comprende desde 7 días previos a la erupción, hasta 5 - 7 días después de la aparición de las lesiones en piel, el momento más infeccioso es durante la erupción cutánea. El porcentaje de infectados por el virus de la rubéola que cursan asintomáticos se encuentra entre 20% y 50%.

## PREVENCIÓN

### MEDIDAS GENERALES

Evitar el contagio:

- Aislamiento en casa del menor
- Que no asista el menor a guardería o escuela
- Evitar contacto con mujeres embarazadas

## VACUNACIÓN

Para asegurar una adecuada protección con la vacuna se deben aplicar dos dosis de la vacuna combinada contra sarampión, paperas y rubéola en los niños, ya que esta combinación ha probado mayor seroconversión y es bien tolerada.

El esquema recomendado para la aplicación de la vacuna combinada es:

**Triple viral.** (sarampión, paperas y rubéola)

- Primera dosis a los 12 meses
- Segunda dosis a los 6 años

### **Doble viral (sarampión y rubéola )**

- En epidemias a partir de 1 año de edad
- Mujeres en edad fértil no embarazadas y mujeres en post-parto
- Adultos en riesgo epidemiológico: trabajadores de la salud, estudiantes de enseñanza media y superior, empleados del ejército y la armada, prestadores de servicios turísticos, asimismo personas en riesgos epidemiológicos y seropositivos a virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que aun no desarrollan el cuadro de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

## **CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA VACUNA**

La vacuna contra la rubéola generalmente es bien tolerada. Los efectos secundarios que se pueden presentar después de la aplicación de la vacuna son raros, incluyen artritis, artralgias, erupción cutánea, adenopatía y fiebre, la artritis o artralgias relacionadas con vacuna no son de origen inmune.

### **Reacciones alérgicas**

La vacuna triple viral no debe administrarse en personas que han experimentado reacciones alérgicas a una dosis previa de vacuna de rubéola o algún componente de ésta, la alergia al huevo no es una contraindicación

### **Embarazo**

- La vacuna triple viral no debe administrarse a mujeres que se sabe están embarazadas o intentando quedar embarazadas, debido al riesgo para el feto
- Las mujeres deben ser orientadas para evitar quedar embarazadas durante 3 meses tras haber sido vacunadas con la triple viral
- Si una mujer embarazada es vacunada o queda embarazada dentro de las 3 semanas después de recibir la vacuna, debe ser asesorada sobre los posibles daños que puede presentar el feto. Sin embargo, la aplicación de la vacuna durante el embarazo no debería ser un motivo para considerar la terminación del embarazo
- Las mujeres que son susceptibles a la rubéola deben ser vacunadas inmediatamente después del parto y advertidas sobre el riesgo potencial del Síndrome de Rubéola Congénita.

### **Inmunodeficiencia**

- La vacuna triple viral no debe administrarse a personas con inmunodeficiencia grave por cualquier causa. Las personas con inmunosupresión leve, individuos asintomáticos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana [VIH] o estar usando o haber usado recientemente esteroides por un periodo corto o con dosis baja pueden ser vacunados.
- Las personas que han recibido altas dosis de inmunoglobulinas. Debido a que recientes investigaciones indican que altas dosis de inmunoglobulinas pueden inhibir la respuesta inmune a la vacuna contra la rubéola durante 3 meses o más después de la administración.

### Comorbilidad

- Prestadores de Servicios de Salud deben evaluar la administración de vacuna triple viral en personas con enfermedad moderada o grave. Enfermedades leves (por ejemplo, la otitis media o infección leve del tracto respiratorio superior) no son contraindicaciones para recibir la vacuna.
- En personas con antecedente de trombocitopenia la decisión de vacunar dependerá de los beneficios de la inmunidad al sarampión, parotiditis y rubéola en comparación con el riesgo de recurrencia o exacerbación de la trombocitopenia, después de la vacunación, contra los riesgos que presente la infección natural de la rubéola.
- La aplicación de la vacuna debe ser valorada por el especialista

## DIAGNÓSTICO FACTORES DE RIESGO

El interrogatorio debe ser exhaustivo respecto a los factores de riesgo, en los pacientes que se sospeche presentaron o presentan síntomas y signos que sugestivos de rubéola.

- Presencia de casos o brotes en familia, escuela, trabajo, vecindario, etc.
- Personas no vacunadas, sin documentación o con esquema de vacunación incompleto (sarampión, rubéola [esquema nacional de vacunación])
- Historia de enfermedad exantemática previa
- Contacto reciente (menos de 21 días) con otras personas (niños) enfermas
- Asistencia a guarderías, estancias infantiles o escuelas
- Historia de internamiento hospitalario durante un brote
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida
- Ingesta de medicamentos inmunosupresores (predisponen a gravedad, aparición de complicaciones o reinfección)
- Desnutrición grave (influye en su gravedad o aparición de complicaciones)
- Todo el personal médico y paramédico que no se haya enfermado y que no esté vacunado, corre el riesgo de contraer la enfermedad.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La infección por rubéola puede empezar con uno o dos días de febrícula (entre 37.2 y 37.8° C)
- Ganglios linfáticos inflamados y dolorosos al tacto, generalmente en la parte posterior del cuello y detrás de las orejas.
- Seguidamente aparece una erupción cutánea que empieza en la cara y se extiende por el resto del cuerpo en sentido descendente. A medida que se va extendiendo por el tronco, la erupción suele ir desapareciendo de la cara. Esta erupción suele ser el primer signo de la enfermedad que se detecta en los niños. La erupción de la rubéola tiene un aspecto similar al de otras erupciones de origen vírico. Consiste en exantema de color rosa o rojo claro que se agrupan formando áreas de color uniforme. La erupción puede ocasionar prurito y puede durar hasta tres días. A medida que va remitiendo la erupción, a veces la piel afectada se descama en láminas muy finas.

- En adultos y adolescentes se puede presentar: dolor de cabeza; pérdida del apetito; conjuntivitis leve; constipación o secreción nasal; linfadenopatía generalizada, suboccipitales, retroauriculares y cervicales; poliartralgia o poliartritis generalizada. Los síntomas pueden durar entre 14 a 24 días.
- Otras manifestaciones, aunque raras, incluyen teno-sinovitis, síndrome del túnel carpiano, trombocitopenia, post-infecciosa encefalitis, miocarditis, hepatitis, anemia hemolítica, y síndrome urémico hemolítico.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

### Criterios de laboratorio para el diagnóstico:

- Aislamiento del virus de la rubéola
- Demostración de anticuerpos específicos de la rubéola de acuerdo con las técnicas disponibles en la institución

### Procedimiento de laboratorio para diagnóstico de Rubéola.

México cuenta con técnicas de laboratorio para la detección directa o indirecta del virus:

- La detección indirecta se realiza con suero del paciente por medio de técnicas inmuno-enzimáticas para determinación de anticuerpos.
- La detección directa es el aislamiento viral y/o por medio de la determinación de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se puede determinar en muestra de orina y/o exudado faríngeo.
- Para obtener un resultado confiable, es muy importante considerar el momento en que se toma la muestra, las condiciones, manejo y envío de la misma.

### Interpretación de los resultados de laboratorio.

El diagnóstico serológico de infección se basa en una detección de IgM, la seroconversión de IgG (cambio de negativa en una muestra de fase aguda a una positiva en una muestra de fase de convalecencia) o serorrefuerzo de IgG al menos cuatro veces el título en la segunda muestra confirma la infección, debemos tener en cuenta varios aspectos:

- La IgM puede tener reacciones heterólogas entre rubéola y otros virus como EBV, CMV, Parvovirus B 19 y sarampión (por reacciones cruzadas o por estimulación policlonal de linfocitos de memoria); por tanto es necesario confirmar su presencia, con la técnica de ELISA de captura, por que presenta mayor especificidad y sensibilidad.
- La IgM puede aparecer durante las reinfecciones, pero a títulos bajos y durante poco tiempo.
- En un pequeño porcentaje (9%) de personas, la IgM puede mantenerse positiva en suero hasta 6 meses.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RUBÉOLA

La mayoría de las enfermedades exantemáticas son de etiología viral (excepto la escarlatina, que es bacteriana). Las enfermedades exantemáticas más conocidas son el sarampión, la varicela y la rubéola, por lo que el resto suelen confundirse y englobarse dentro de estos tres diagnósticos. Las dos enfermedades exantemáticas más frecuentes en el mundo son el exantema súbito y los exantemas por enterovirus:

- Sarampión
- Varicela
- Escarlatina
- Exantema súbito (roséola, sexta enfermedad)
- Eritema infeccioso (quinta enfermedad)
- Exantemas por enterovirus
- Mononucleosis infecciosa
- Dengue
- Alergia alimentaria
- Síndrome de choque tóxico (estreptocócico y estafilocócico)
- Enfermedad de Kawasaki
- Leptospirosis
- Borreliosis
- Roseola tifoídica (Salmonella typhi)
- Exantemas no infecciosos
- Exantema medicamentoso

Para establecer el diagnóstico probable y diferencial es necesario conocer algunas características clínicas que distinguen a las enfermedades febriles exantemáticas, como son:

- Periodo de incubación
- Periodo de contagiosidad
- Características del exantema (morfología, distribución, duración)

(Cuadro I)

Es necesario identificar las características epidemiológicas: edad de adquisición, estacionalidad y mecanismo de transmisión.

(Cuadro II)

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de la infección aguda de rubéola son medidas generales

Medidas Generales

- Se recomienda mantener aislamiento para evitar contagio
- Si hay fiebre control con medios físicos
- Alimentación habitual
- Baño diario con agua tibia no tallar la piel

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la mayoría de los casos no se requiere ninguno medicamento, la enfermedad generalmente es benigna

## SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Ante la presencia de un caso sospechoso o probable de rubéola:

- Notificación inmediata a la jurisdicción sanitaria correspondiente a todo caso sospechoso y a toda mujer embarazada expuesta a la infección por rubéola o inadvertidamente vacunada durante el embarazo.
- La jurisdicción sanitaria realizará el estudio epidemiológico:
  - Búsqueda activa de casos adicionales en la población.
  - Bloqueo vacunal.
  - Dentro de los primeros 35 días de haber iniciado el exantema tomar muestra de sangre para determinar inmunoglobulinas
  - Dentro de los cinco días posteriores al inicio del exantema, para aislamiento y genotipificación de los virus aislados de rubéola:
    - Muestras de exudado faríngeo
    - Muestra de orina (50 ml)

## ESCALAS

**CUADRO I. PERIODO DE INCUBACIÓN Y CONTAGIO DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS**

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	PERIODO DE CONTAGIO	INMUNIDAD ADQUIRIDA
<b>Sarampión</b>	7 – 21 días	4 días antes y 4 días después de la aparición del exantema. Mayor transmisión 3 días antes que aparezca el exantema.	Si
<b>Rubéola</b>	14 -23días	De 10 días antes a 7 días después de la aparición del exantema. Los niños con rubéola congénita excretan el virus hasta durante un año.	Si
<b>Varicela</b>	10 -21 días	1- 2 días antes a 4-5 días después de la aparición del exantema.	Si. Como todos los herpes viridae, queda en estado latente y en condiciones de inmunosupresion, se reactiva y causa herpes zoster.
<b>Escarlatina</b>	1 – 7 días	Origen respiratorio: 10 a 21 días. Origen cutáneo: varias semanas. Con tratamiento: 48 horas.	Inmunidad específica contra tipo y toxina (A, B y C) de EBHGA. En los pocos casos en que se repite la escarlatina, es debido a una toxina diferente a la que ocasiono la primera infección.
<b>Exantema Súbito</b>	HHV6: 7 – 14 días	Excreción de por vida en niños sanos, transmisión principalmente de adultos cuidadores a niños.	Sí, pero se ha descrito re-infección por VHH6A o VHH7 en niños previamente infectados con VHH6B.
	HHV7: se desconoce		
<b>Eritema infeccioso</b>	4 – 21 días	6 – 11 días previos al exantema.	Si
<b>Enterovirus</b>	2 – 14 días	3-4 semanas, depende de la excreción fecal del virus.	Específica para cada serotipo de ECHO, coxackie y enterovirus.
<b>Mononucleosis infecciosa</b>	30 – 50 días	Inicia muchos meses después de la infección, portador asintomático, excreción intermitente toda la vida.	No

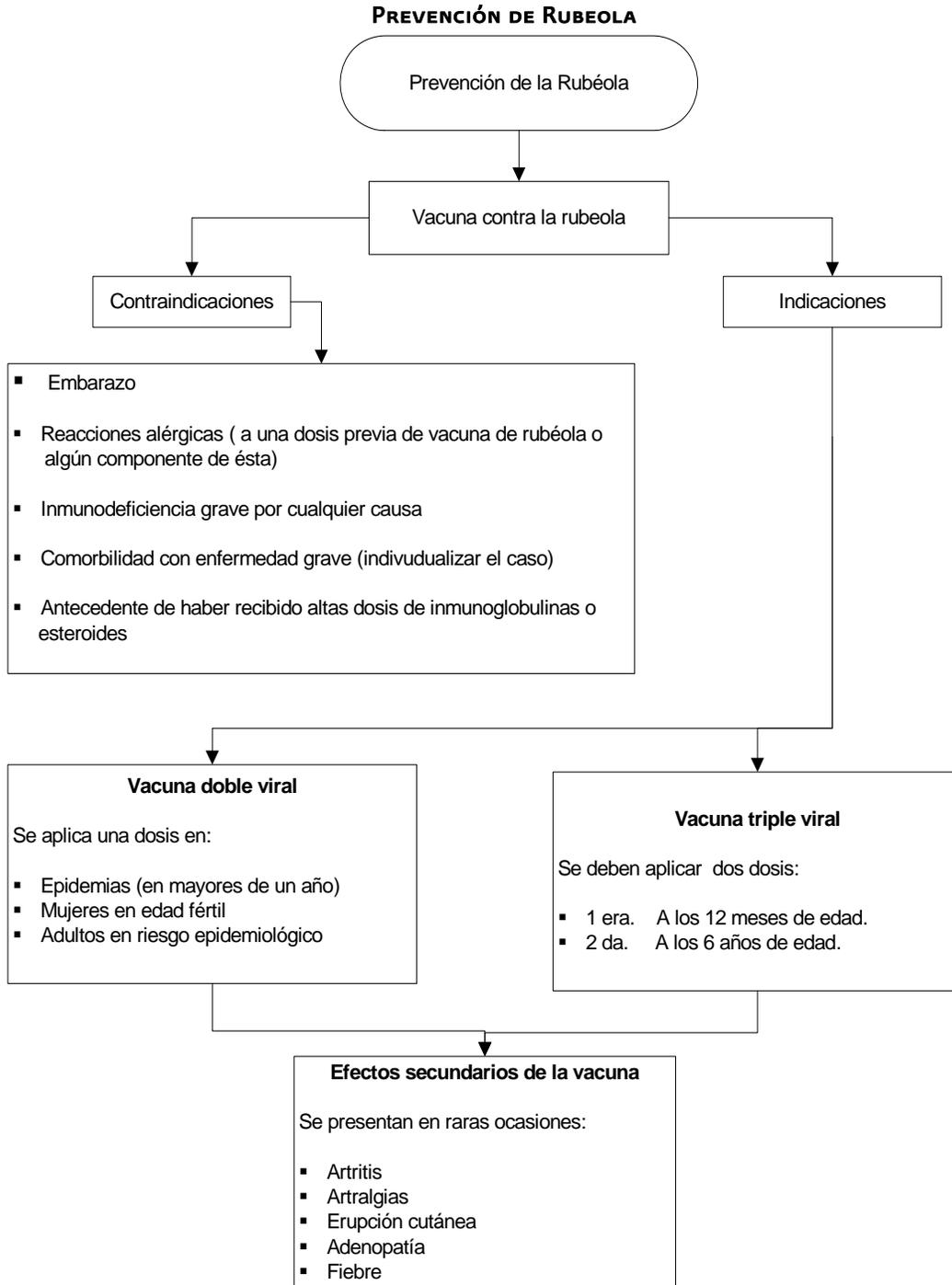
Fuente: Sarbelio Moreno, Boletín de Práctica Médica Efectiva. Efectividad Clínica en las enfermedades exantemáticas de la niñez 1-2. Instituto Nacional de salud pública, 2006

**CUADRO II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS**

Enfermedad	Edad de adquisición	Estacionalidad	Mecanismo de transmisión
<b>Rubéola</b>	En México mayor incidencia en menores de 1 año y de 1 a 4 años. En el trópico mayor incidencia en niños mayores y adultos.	Meses de primavera y verano	Vertical (congénita), contacto directo o inhalación de aerosoles
<b>Sarampión</b>	Pre-escolares de 1 a 4 años y escolares. Actualmente se observa un desplazamiento hacia los grupos adolescentes y adultos jóvenes.	Finales de invierno y principios de primavera	Contacto directo con partículas infectantes y aerosoles
<b>Varicela</b>	En México mayor incidencia en menores de 1 año y de 1 a 4 años. En el trópico mayor incidencia en niños mayores y adultos.	Finales de invierno y principios de primavera. Más frecuente en lugares templados que tropicales.	Contacto directo o inhalación de aerosoles. Menos frecuente: Vertical.
<b>Escarlatina</b>	Baja incidencia en los lactantes. Predominio de 3 a 15 (5 a 11) años de edad.	Predominio en el invierno. Mayor en países templados.	Diseminación interpersonal, secreciones de nariz, garganta y piel de los enfermos y fómites contaminados. Quirúrgica. Más frecuente en condiciones de hacinamiento.
<b>Exantema súbito</b>	6 a 15 meses de edad. Cuando participa el virus herpes 7: 5 a 6 años. Solo el 25 -30% de los infectados por VHH6 O VHH7 desarrollan exantema súbito.	Distribución mundial sin predominio estacional.	Contacto con saliva de cuidadores sanos, congénita (rara: 1-2%), post-parto y transfusional. Ocasionalmente casos secundarios
<b>Eritema infeccioso</b>	Más común en niños de 6 a 19 años y en edad geriátrica, pero también se encuentra en niños de a 1 a 4 de edad. Las personas en contacto con niños tienen mayor riesgo de contagio.	Finales de invierno y principios de primavera. Picos endémicos cada 3 o 4 años. Pequeños brotes intra-familiares.	Inhalación de aerosoles, transfusión sanguínea y vertical (congénita), transmisión intra-hospitalaria.
<b>Enterovirus</b>	Niños de corta edad. Causa común de encefalitis en recién nacidos, pero no relacionado con exantema. En la enfermedad pie-mano-boca: 6 meses a 13 años de edad.	Predominio en área tropical, sin predominio estacional. En áreas templadas: fines de verano e inicios de otoño.	Respiratoria, fecal-oral, a partir de fómites (objetos contaminados) y en ocasiones periparto.
<b>Mononucleosis infecciosa</b>	En países en desarrollo predomina en edades tempranas (2-3 años); en países desarrollados es más frecuente en adolescentes.	Distribución mundial sin predominio estacional.	Contacto con saliva, (este debe ser muy estrecho) y transfusional. Es rara la transmisión vertical y no se ha comprobado el contagio por contacto sexual.

Fuente: Sabelio Moreno, Boletín de Práctica Médica Efectiva. Efectividad Clínica en las enfermedades exantemáticas de la niñez 1-2. Instituto Nacional de salud pública, 2006

## ALGORITMOS



**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE RUBEOLA**

