

SUMARIO

Protocolo de vigilancia de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita	1
Situación de la parotiditis epidémica	6
Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2006	7

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA RUBÉOLA Y DEL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

I. INTRODUCCIÓN

En el Plan de Salud de Navarra de 1991 se estableció el objetivo de eliminación de la incidencia de casos autóctonos de Sarampión y Rubéola congénita. Desde 2000 no se han detectado casos de sarampión en Navarra, si bien, el papel de la vigilancia epidemiológica sigue vigente como demuestran los recientes brotes acontecidos en varias comunidades autónomas y en países de Europa occidental.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que, en fases avanzadas del control del sarampión, se integre en el mismo plan de erradicación la prevención de la infección congénita por rubéola.

El DECRETO FORAL 383/1997 por el que se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Navarra y se regula el mismo, determina el Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita como enfermedades de declaración **obligatoria, individualizada y urgente**.

Las distintas modificaciones del Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra han mantenido dos dosis de triple vírica. Desde 1999 quedó fijada la edad de administración de estas dosis a los 15 meses y 6 años.

Desde 1996 no se han notificado brotes de sarampión y desde 2000 no se ha notificado ningún caso sospechoso, lo que hace pensar que la proporción de susceptibles en Navarra es tan escasa que impide la difusión de la enfermedad y confiere una protección colectiva de la población.

II. OBJETIVO GENERAL

Mantener una incidencia nula del síndrome de rubéola congénita y de sarampión autóctono en Navarra, mediante el mantenimiento de los niveles de cobertura vacunal de triple vírica.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1º. Obtener en la aplicación de la primera dosis de triple vírica una cobertura superior al 95%.

2º. Obtener en la aplicación de la segunda dosis de triple vírica una cobertura superior al 95%. Mantener coberturas de vacunación frente a la rubéola en mujeres en edad fértil superiores al 90%.

3°. Notificación **urgente** de todos los casos. Conseguir las muestras biológicas (sangre, orina y frotis nasofaríngeo) que permitan confirmar todos los casos sospechosos, en los plazos adecuados.

IV. ACTIVIDADES

1°. Se seguirán realizando sin modificación alguna, las actividades de adquisición, conservación, distribución, administración y evaluación del programa de vacunaciones de Navarra.

2°. Se pondrá especial atención en revisar la situación vacunal de las personas procedentes de otros países y en aplicar los calendarios vacunales retrasados según se indica en el Boletín Informativo del Instituto de Salud Pública de Navarra nº 29 de 2004 y en los procedimientos difundidos posteriormente.

3°.– Notificación **urgente** de los casos sospechosos de sarampión, rubéola y rubéola congénita para poder tomar muestras biológicas en los plazos adecuados.

4°.–La Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles se encargará de la obtención y transporte muestras al laboratorio de referencia, de todos los casos notificados **urgentemente** de sarampión y rubéola.

V. EVALUACIÓN

- **Indicador de objetivo:**

- Incidencia del sarampión.
- Incidencia de rubéola.
- Incidencia de síndrome de rubéola congénita.

- **Indicadores de proceso:**

- Cobertura vacunal de primera dosis de triple vírica.
- Cobertura vacunal de segunda dosis de triple vírica.
- Cobertura vacunal de rubéola en mujeres en edad fértil.
- Proporción de casos de sarampión confirmados.

* * *

ANEXO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA RUBÉOLA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

El virus de la rubéola es un virus RNA de la familia Togaviridae. El reservorio es el hombre y el modo de transmisión es por contacto directo con una persona infectada, a partir de gotitas respiratorias, o por contacto directo con las secreciones respiratorias de personas infectadas.

La transmisión de la rubéola se puede producir desde 7 días antes a 5–7 días después de la aparición del exantema, pero es más contagiosa mientras persiste el exantema. También puede transmitirse a partir de casos subclínicos (suponen aproximadamente entre 25–50% de todas las infecciones).

La clínica de la rubéola en niños y adultos es habitualmente benigna. Tras un período de incubación medio de 14 días con un rango de 12–23 días, aparece un exantema maculopapular en cara y cuello que se extiende al resto del cuerpo durante 1–3 días.

Previamente, aparecen linfadenopatías retroauriculares y occipitales, febrícula o fiebre menor de 39° C, malestar general y conjuntivitis leve. Otras manifestaciones clínicas posibles son artralgias y artritis (principalmente en adultos) y menos frecuentemente, trombocitopenia y encefalitis.

La infección por rubéola en una mujer embarazada puede producir aborto, muerte fetal o anomalías congénitas en el recién nacido. El riesgo y severidad de la infección congénita depende del momento en que se infecte la embarazada. Así, el 90% de los fetos de mujeres infectadas durante las primeras 11 semanas de gestación, se infectan y un alto porcentaje de ellos (65–85%) desarrollan un cuadro conocido como Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) que incluye, defectos oculares, sordera neurosensorial, defectos cardiacos, anomalías neurológicas (retraso mental) y retraso del crecimiento. Otras manifestaciones menos frecuentes son: esplenomegalia, hepatitis, púrpura trombocitopénica o diabetes mellitus al final de la infancia.

Las manifestaciones del SRC pueden retrasarse de 2 a 4 años. El riesgo de SRC disminuye a un 10–20% si la infección ocurre entre las semanas 13 y 16 de gestación, mientras que es muy raro que aparezcan defectos congénitos si la embarazada se infecta a partir de la 20 semana de gestación.

La mayoría de los recién nacidos afectados presenta serología IgM frente a rubéola positiva durante los primeros 6 meses y el 60% permanecen con serología IgM positiva los 6 meses siguientes. Estos niños pueden excretar el virus durante más de un año, por lo que pueden transmitir la infección a sus contactos.

La susceptibilidad es general a partir de la pérdida de anticuerpos maternos entre los 6 y 9 meses de edad.

La vacuna de la rubéola es de virus vivos atenuados. En el 95% o más de los vacunados se produce seroconversión entre 21–28 días tras la vacunación. Probablemente, con una sola dosis de vacuna se produce inmunidad para toda la vida en el 90% de los vacunados. La IgM se puede detectar en sangre, dependiendo de la técnica que se utilice, hasta pasados 6 meses de la vacunación.

No se han identificado casos de Síndrome de Rubéola Congénita tras la vacunación antes o en la fase temprana del embarazo. Sin embargo, se debe esperar un mes tras la vacunación frente a la rubéola antes de planificar un embarazo. En caso de administración accidental de la vacuna a una mujer embarazada, no está indicado el aborto terapéutico.

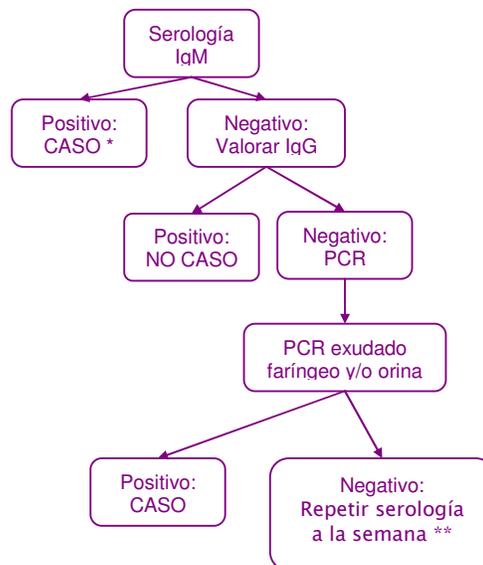
DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Es posible la confirmación microbiológica de la infección reciente por rubéola mediante:

- Detección de anticuerpos IgM específicos en serología.
- Elevación significativa del título de anticuerpos IgG, específicos o seroconversión en pareja de sueros de fases aguda y convaleciente.
- Detección de ARN del virus por PCR en exudado nasofaríngeo, orina o suero.
- Aislamiento del virus en muestras clínicas (exudado nasofaríngeo u orina).

Para una mejor precisión en la confirmación de un caso de rubéola, se debe considerar el siguiente algoritmo diagnóstico:

a) En el caso de sospecha de rubéola:



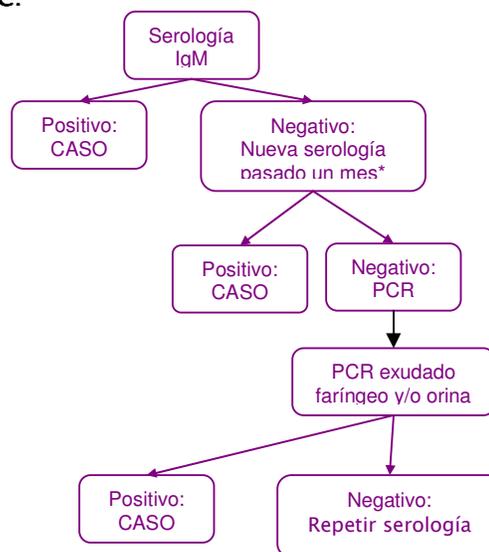
* para descartar falso positivo, verificar con avidez de IgG: BAJA avidez → CASO

** Un caso puede ser negativo a IgM e IgG si la muestra está recogida demasiado pronto (3 primeros días desde el inicio del exantema)

b) En el caso de sospecha de rubéola en mujer gestante:

El médico considerará además la toma de muestras adicionales en los casos confirmados, como líquido amniótico, biopsias, etc., para estudio por PCR.

c) Estudio del recién nacido con sospecha de SRC:



* En algunas ocasiones, los recién nacidos infectados por rubéola presentan IgM específica negativa hasta que tienen un mes de vida.

DEFINICIONES DE CASO

1. RUBEOLA

Caso clínico: Cualquier persona con fiebre o febrícula y exantema maculopapular y uno de los siguientes síntomas/signos: adenopatías (cervicales, suboccipitales o retroauriculares), artralgias o artritis.

Caso confirmado: Si cumple, al menos, uno de estos criterios:

- Detección de anticuerpos IgM específicos por serología
- Elevación significativa del título de anticuerpos IgG específicos o seroconversión en pareja de sueros de fases aguda y convaleciente.
- Aislamiento o PCR en exudado nasofaríngeo, orina, suero, etc.

2. SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Los siguientes supuestos pueden servir al médico para sospechar un caso de SRC:

- Enfermedad materna: sospecha clínica de infección por rubéola.
- Enfermedad del niño: cuando presente clínica compatible con SRC (ver definición de caso) o uno o más de los siguientes signos oculares: pupilas blancas, disminución de la visión, nistagmus; estrabismo; globo ocular pequeño o grande.

Caso clínico de SRC:

Detección de 2 de las manifestaciones de la sección A o una de la sección A y otra de la sección B:

Sección A:

- cataratas o glaucoma congénito,
- enfermedad congénita cardíaca,
- deterioro auditivo,
- retinopatía pigmentaria.

Sección B:

- púrpura,
- esplenomegalia,
- microencefalopatía,
- retraso mental,
- meningoencefalitis,
- enfermedad ósea radiolúcida,
- ictericia que se presenta en las primeras 24 horas tras el nacimiento.

Caso confirmado de SRC:

- Detección de anticuerpos IgM específicos en serología.
- Elevación significativa del título de anticuerpos IgG específicos o seroconversión en pareja de sueros.
- Aislamiento o PCR en exudado nasofaríngeo, orina, suero, etc.

MEDIDAS PREVENTIVAS

La principal estrategia para la eliminación del SRC es interrumpir la transmisión de la rubéola alcanzando y manteniendo altos niveles de cobertura vacunal.

Es importante recordar que los niños con SRC deben ser considerados infecciosos hasta que tengan un año de edad o si el niño tiene más de tres meses, hasta que los cultivos de dos muestras clínicas de orina o exudado nasofaríngeo (tomadas con un intervalo de un mes) sean negativas. Los contactos de estos pacientes deberán mantener adecuadas medidas de higiene personal y si no están inmunizados frente a rubéola se procederá a su vacunación. Ante la circunstancia de que estos pacientes ingresen en un hospital, se recomienda su aislamiento para evitar la transmisión de la infección.

No existen evidencias claras sobre la eficacia preventiva de la administración inmunoglobulinas a una mujer embarazada infectada.

SITUACIÓN DE LA PAROTIDITIS EPIDÉMICA

INTRODUCCIÓN

La parotiditis es una infección viral, generalizada y aguda, de transmisión aérea que, antes de la introducción de la vacuna, afectaba principalmente a niños en edad escolar y adolescentes. Se caracteriza por la presentación de fiebre y tumefacción no supurada de las glándulas salivares, generalmente la parótida. Esta enfermedad suele ser benigna y autolimitada, con una presentación subclínica en aproximadamente un 30-40% de todos los casos. Las complicaciones incluyen orquitis e inflamación de los ovarios. Menos frecuentes son la meningitis, encefalitis, aborto espontáneo y sordera.

Aunque la vacuna en España se emplea desde principios de los ochenta, su eficacia para prevenir la enfermedad oscila entre el 75% y el 91%, lo que hace que no sea excepcional la aparición de casos de parotiditis en personas vacunadas.

SITUACIÓN DE LA PAROTIDITIS EN ESPAÑA

En España se incluyó como Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) en el año 1982. La incidencia anual de parotiditis descendió a partir de 1985, año en que se consolida el programa de vacunación infantil frente a sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), con coberturas próximas al 80%. Hasta dicho año, el número medio de casos notificados anualmente era de unos 215.000 (incidencia media anual de 560 por 100.000 habitantes). Desde entonces hasta el momento actual la enfermedad se ha reducido en más de un 95%, si bien, entre tanto se han registrado 3 picos epidémicos.

Durante estos años se detectan fundamentalmente dos tipos de brotes, ambos característicos de un patrón epidemiológico de enfermedad típico de la época post-vacunal. Un tipo de brote se caracteriza por presentarse en adolescentes y adultos jóvenes, que afecta en su mayoría a población no vacunada y que puede dar lugar a un gran número de casos. Otro tipo de brote que aparece con frecuencia es el que se presenta en edad preescolar o escolar y que afecta a un porcentaje de población vacunada, dando generalmente lugar a un pequeño número de casos.

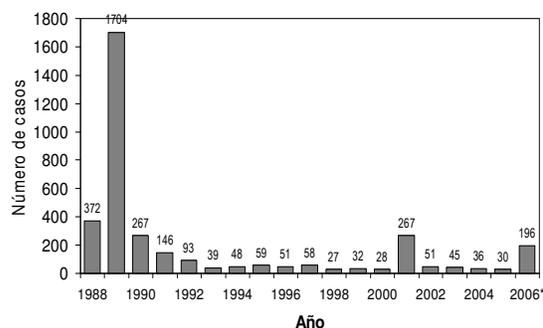
Las encuestas seroepidemiológicas realizadas en España indican que más del 95% de la población mayor de 35 años tiene anticuerpos frente al virus de la parotiditis, bien por haber pasado la enfermedad o por haber presentado una infección subclínica.

SITUACIÓN DE LA PAROTIDITIS EN NAVARRA

En 1982 se incluyó la *parotiditis* en la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Navarra. En el sistema de notificación vigente se requiere la declaración de todo caso sospechoso de *parotiditis* de forma individual.

La vacunación con triple vírica comenzó a aplicarse en Navarra a niños de 15 meses a partir de 1982, se alcanzaron coberturas próximas al 80% a partir de 1984 y superiores al 90% a partir de 1989. Desde que comenzó la vacunación con vacuna triple vírica, la incidencia de *parotiditis* ha descendido progresivamente. No obstante, desde 1988 hasta 2005 se habían registrado dos repuntes importantes en que interrumpieron esta tendencia general descendente (Figura 1)

Figura 1. Incidencia anual de parotiditis epidémica. Navarra, 1988-2006.



*Casos declarados hasta la semana 44.

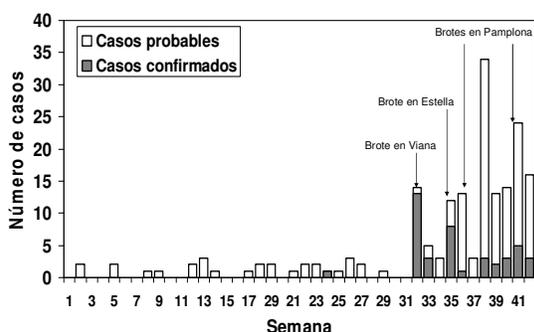
El primer repunte se produjo en 1989 cuando se registraron 1.704 casos, y a raíz del cual, se introdujo a partir de 1990 la vacunación sistemática con vacuna triple vírica a los 11 años de edad. El segundo repunte se produjo en 2001, cuando se registraron 267 casos de enfermedad. Afectó principalmente a niños entre 4 y 10 años, vacunados con una sola dosis de triple vírica que incluía la cepa Rubini frente a la *parotiditis* (Triviraten®).

A raíz de brotes similares que se venían produciendo en otros países y en otras comunidades autónomas desde 1997 se demostró la menor eficacia de la cepa Rubini para la protección frente a la parotiditis, y por ello se dejaron de utilizar las vacunas que contenían esta cepa.

En Navarra se utilizó dicha vacuna entre marzo de 1996 y julio de 1998. Durante ese periodo recibieron la primera dosis de vacuna triple vírica las cohortes nacidas en 1995, 1996 y en primer trimestre de 1997, y la segunda dosis las cohortes nacidas en 1986 y 1987.

Desde la semana 32 de 2006 se viene produciendo un nuevo repunte en la incidencia de parotiditis en Navarra, que había sido precedido por brotes en otras comunidades autónomas. El aumento en la incidencia se presenta en forma de brotes comunitarios en diferentes localidades de Navarra (Viana, Estella, Pamplona, etc.), principalmente entre jóvenes de 18 y 35 años de edad. Los brotes se han relacionado con actividades laborales y de ocio en las que se concentra población adulta joven. Hasta la semana 42 se han declarado 196 casos distribuidos como se muestra en la Figura 2. El 78% de los casos tienen entre 18 y 35 años.

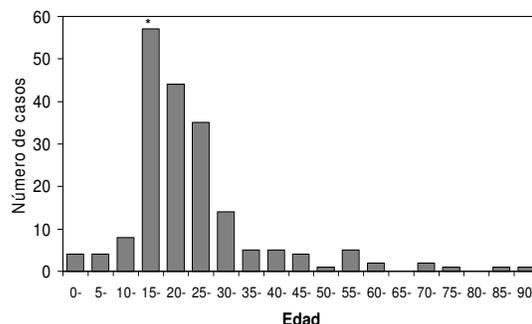
Figura 2. Casos de parotiditis por semana. Navarra, 2006



En el 12% de los casos había constancia de que habían sido vacunados correctamente con la vacuna triple vírica, en aproximadamente la mitad de los casos se sabía que no estaban vacunados y no habían pasado la enfermedad, mientras que en los restantes casos la encuesta epidemiológica estaba incompleta. Los casos en vacunados pueden explicarse porque la eficacia de la vacuna para prevenir la enfermedad oscila entre el 75% y el 91%, siendo menor en los vacunados

con la cepa Rubini. En la Figura 3 se muestran los casos de parotiditis por edad.

Figura 3. Casos de parotiditis según edad. Navarra, 2006. Semanas de la 1 a la 42



*El aumento de casos se produce a partir de los 18 años.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dada la eficacia de la vacuna actual no es realista pretender interrumpir totalmente la aparición de casos de parotiditis. No obstante, para mantener la incidencia en valores mínimos y prevenir la aparición de brotes es fundamental mantener coberturas altas con dos dosis de triple vírica.

Ante la sospecha de un caso de parotiditis los pasos a seguir son:

- Declaración obligatoria individualizada de todos los casos ante sospecha. Previamente, se descartará el antecedente de parotiditis. En la declaración se hará constar el antecedente de vacunación con triple vírica y si se sabe, la fecha. También se indicará si el paciente ha tenido contacto con algún otro caso de parotiditis en las tres semanas previas.

- Cuando sea posible se solicitará serología para la confirmación del diagnóstico. La presencia de títulos altos de IgM específica es confirmatoria de parotiditis epidémica. La ausencia de títulos elevados de IgM no descarta totalmente la enfermedad, especialmente si se ha producido una elevación de la IgG específica.

- De forma ocasional, en casos detectados precozmente y con manifestaciones clínicas típicas, se pueden tomar muestras de suero, saliva y orina para la confirmación el aislamiento y tipificación del virus en el laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda. Para la coordinación del envío de muestras se ha de con-

tactar con el Instituto de Salud Pública (Tfnos. 848423646 / 848421477. El aislamiento del virus nos puede indicar si se están produciendo cambios en el patrón de virus circulantes que expliquen una peor respuesta a la vacuna.

– Vacunación de los contactos del caso con la vacuna triple vírica cuando se cumplan todos los siguientes supuestos:

1. Contacto estrecho con un caso de parotiditis, coincidiendo varias horas al día en espacios cerrados.
2. Edad entre 18 y 35 años.
3. No vacunado de triple vírica.

4. No antecedente de haber pasado la parotiditis.
5. Ausencia de contraindicaciones. La vacuna está contraindicada en mujeres embarazadas y se ha de evitar el embarazo en los 3 meses posteriores a la vacunación. También está contraindicada en personas inmunodeprimidas o con alergia grave a sus componentes.

No existe vacuna monovalente frente a la parotiditis, por lo que la vacunación se realizará con la vacuna triple vírica. La vacuna que se utiliza en adultos es la misma que en niños.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 14 A 26 DE 2006

En la tabla I se presentan los porcentajes de notificación de E.D.O. por zonas básicas de salud, áreas sanitarias y especialidad de los declarantes. Estos porcentajes están calcula-

dos con las notificaciones recibidas hasta el 14 de agosto. La tabla II muestra la notificación de E.D.O. de las semanas 14 a 26 de los últimos 6 años en Navarra.

Tabla I
PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 14 A 26 DE 2006

ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN
01-Altsasu/Alsasua	100	06-Elizondo	84,6	44-Peralta	55,4
34-Allo	0	24-Ermitagaña	100	27-Puente la Reina	91,0
35-Ancín-Améscoa	50	32-Estella	69,2	64-Ansoáin	100
10-Aoiz	100	02-Etxarri-Aranatz	56,9	17-Rochapea	100
41-Artajona	26,9	11-Huarte/Uharte	53,9	30-Salazar	0
09-Auritz/Burguete	76,9	20-II Ensanche	100	39-San Adrián	90,0
61-Azpilagaña	92,3	03-Irurtzun	0	16-San Jorge	100
26-Barañain	100	31-Isaba	25,0	23-San Juan	100
14-Berriozar	100	22-Iturrama	86,3	29-Sangüesa	96,1
51-Buñuel	88,5	04-Leitza	100	40-Tafalla	100
13-Burlada	100	05-Lesaka	100	46-Tudela Este	69,2
42-Carcastillo	60,0	38-Lodosa	100	45-Tudela Oeste	65,4
50-Cascante	81,3	36-Los Arcos	75,0	08-Ultzama	100
19-Casco Viejo	51,5	63-Mendillorri	100	47-Valtierra	100
49-Cintruéñigo	100	21-Milagrosa	11,1	37-Viana	69,2
48-Corella	85,7	28-Noain	1,0	33-Villatuerta	54,9
18-Chantrea	92,8	43-Olite	100	12-Villava/Atarrabia	100
07-Donztebe/Santesteban	92,3	15-Orcoyen	100	25-Zizur-Echavacoiz	24,8
AREA PAMPLONA	79,5	AREA ESTELLA	68,3	AREA TUDELA	82,2
MEDICINA FAMILIA	80,4	PEDIATRÍA	70,6	TOTAL	77,8

Tabla II
CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.
NAVARRA, SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2001-2006.

ENFERMEDADES	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería Bacilar	-	1	3	6	-	1
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	-	1	-	-	-
Toxoinfección Alimentaria	224	128	71	82	84	36
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	-	2	6	2	2	5
Gripe	946	908	1.230	545	605	730
Legionelosis	5	24	3	7	2	151
Tuberculosis Respiratoria	19	20	26	19	12	19
Otras Tuberculosis	3	3	-	5	5	3
Varicela	933	2.060	2.134	1.865	2.362	2.025
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	6	6	2	13	5	7
Sífilis	5	1	3	4	6	11
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	106	9	11	10	4	12
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	2	-	-	2	-
Sarampión	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Tosferina	6	-	3	5	1	1
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	15	1	1	11	5	7
Hepatitis B	5	1	6	2	0	0
Otras Hepatitis	1	3	1	0	1	0
Zoonosis						
Brucelosis	1	4	2	-	1	1
Hidatidosis	2	3	1	1	1	6
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Paludismo	2	2	2	4	2	1
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-