



REPORTE BROTE DE RUBÉOLA ASOCIADO A IMPORTACION EN LA REGION METROPOLITANA JUNIO, 2011.



1. Introducción:

La rubéola es causada por un virus del género Rubivirus (familia Togaviridae). Es una enfermedad inmunoprevenible que por calendario regular de vacunación en Chile, la vacuna se aplica al año de vida y a los 6 años (1er. año básico), en forma gratuita.

El problema de salud pública de esta enfermedad, es el riesgo de aparición de casos de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en niños de madres que pudieran haber contraído la infección. Se estima que entre un 30-50% de las infecciones son asintomáticas. Es transmitida por personas infectadas mediante gotita expulsadas de las vías respiratorias transportadas por el aire.

La rubéola, al igual que el sarampión, es una enfermedad eliminada en América, cuyo último caso autóctono fue detectado en Argentina en febrero de 2009, cumpliéndose más de dos años sin casos.

En Chile, antes de la introducción de la vacuna Trivírica (MMR) en forma programática, la situación epidemiológica de la rubéola mostraba un ascenso sostenido, con brotes cíclicos. En la década de los ochenta se registraron dos grandes brotes: en 1983 (12.833 casos) y en 1988 (16.816 casos). A partir de 1990 cuando se introdujo la vacuna, se observó un descenso paulatino de la incidencia hasta 1996, afectando principalmente, a menores de 10 años.

En 1997 hubo un repunte del número de casos en distintas regiones del país, situación que se mantuvo en 1998 con desplazamiento de la edad de los casos hacia adolescentes y adultos jóvenes (70% entre 10 y 29 años). Frente a esta situación de brote y a fin de evitar el SRC en hijos de mujeres en edad fértil, en agosto de 1999 se realizó la primera campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años, alcanzando un 99% de cobertura.

El impacto de la campaña se reflejó en el cambio en la presentación de edad de los casos (los menores de 5 años concentraron el 68% del total) y en el descenso de la incidencia de la enfermedad. Así, la tasa disminuyó de 31 en 1998 a 11 por 100.000 habitantes en 1999, continuando con un descenso progresivo (94%) hasta lograr una incidencia de 1,9 por 100.000 habitantes en el 2002. En el 2003, se confirmaron 128 casos (sólo 1 por laboratorio), con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes, representando una disminución del 58% en relación al año anterior y del 97% respecto al año epidémico (1998). En el 2004, cuando ya se había implementado la vigilancia integrada sarampión-rubéola, se confirmaron sólo 3 casos aislados en las regiones de Bio Bio, Aisén y Metropolitana.

Posteriormente, ocurren dos brotes que afectaron principalmente a hombres jóvenes, grupo que no fue protegido durante la primera campaña de vacunación en 1999: en Valparaíso, durante los primeros meses del 2005, se confirmaron 46 casos de rubéola entre jóvenes de 18 y 22 años, pertenecientes principalmente a una Institución Naval.

Se aisló el **genotipo viral 1C** y no hubo dispersión comunitaria. Posteriormente, entre marzo 2007 y febrero 2008 se presentó una epidemia con más de cuatro mil casos confirmados y extensión nacional. El 96% fue en hombres y la media de edad fue 23 años (rango entre 8 meses y 74 años). Se aisló el **genotipo viral 2B**, similar al del brote asociado a importación que afectó a Brasil (desde el 2006), lo que indica una introducción desde Europa a América. Como medida de control de brotes y con el fin de eliminar la rubéola en Chile, se realizó una 2ª campaña masiva de vacunación a fines de 2007 dirigida a hombres entre 19 y 29 años, logrando un 92,3% de cobertura.

En julio 2008, habiendo declinado el brote 5 meses antes, se confirmó un caso de rubéola en una ciudadana argentina residente en Chile, cuyo contagio ocurrió en ese país que cursaba con un brote que ascendió a más de dos mil casos (Boletín OPS). Este caso se considera la primera importación aislada, posterior a la interrupción de la transmisión autóctona de la rubéola en Chile.

2. Antecedentes:

El 12 julio de 2011, el Instituto de Salud Pública informa un caso positivo a rubéola, confirmada en segunda muestra, correspondiente a una mujer de 34 años, residente en la Región Metropolitana.

El caso fue debidamente notificado el 26 junio por el sistema privado a la vigilancia integrada sarampión-rubéola, cuyo diagnóstico se orientaba principalmente a sarampión por la presencia de exantema, fiebre y conjuntivitis. En ese momento, Epidemiología inició la investigación y solicitó una segunda muestra de suero con fecha 7 de julio.

Frente a esta confirmación, Epidemiología de la Región Metropolitana complementó la investigación e inició la **identificación de la probable fuente de exposición (caso primario), seguimiento a los contactos y pesquisa de casos secundarios.**

3. Metodología:

Casos: (1) Entrevista en profundidad a los casos e informantes claves; (2) Toma de muestras a casos y contactos (serológica y respiratoria); (3) Análisis de laboratorio con técnicas ELISA IgM indirecta para sarampión y rubéola e IF Indirecta para IgG sarampión; (4) Realización de RT-PCR para identificación viral.

Contactos: (1) Búsqueda de contactos directos e indirectos y seguimiento posterior hasta 23 días; (2) Aplicación de vacuna contra el sarampión (SR, SPR) a contactos.

Red de Vigilancia: (1) Notificación a OPS (evaluación si corresponde notificación a través del Centro Nacional de Enlace-RSI-2005); (2) Alerta a la red pública y privada; (3) Intensificación de la Vigilancia Epidemiológica; (4) Búsqueda Activa en Regiones afectadas; (5) Coordinación con clínicas privadas.

Definición de caso sospechoso de Rubéola:

Paciente de cualquier edad que presente exantema, acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: fiebre mayor o igual a 38° C o artralgia o adenopatías, que se presenten en cualquier región del país a partir del 1º de junio de 2011 y a la fecha actual.

Esta definición regirá hasta que pasen dos períodos de incubación máximo (46 días) desde el último caso de rubéola reportado (hasta el 8 de agosto, de no haber una nueva confirmación).

En la investigación epidemiológica:

- Para identificar el **probable lugar de infección** se realizó una entrevista en profundidad al caso índice, identificando todas las actividades realizadas a partir del 1º de junio.
- Para el estudio del **período de transmisibilidad**, que apunta a cortar la cadena de transmisión y evitar la aparición de casos secundarios, se realizó un estudio detallado de los contactos del caso índice entre el 15 al 30 de junio (7 días antes y posteriores a la aparición del exantema), cuya relación fue estrecha o de cercanía, como familiares, laborales, comerciales, turísticos, entre otros. Según los hallazgos encontrados, este estudio debe realizarse **a cada uno de los casos confirmados**.

4. Resultados de la Investigación

Durante la investigación del caso índice, se logró identificar en forma retrospectiva y por serología, al caso primario **asintomático**; por tanto se trataría de **una importación desde India y un caso secundario a dicha importación**. A raíz de este reciente hallazgo, continúa la investigación para identificar otros posibles casos secundarios.

En Asia, a diferencia de América, la rubéola es endémica porque no se han establecido estrategias de control o eliminación de la enfermedad.

4.1 Descripción de los Casos:

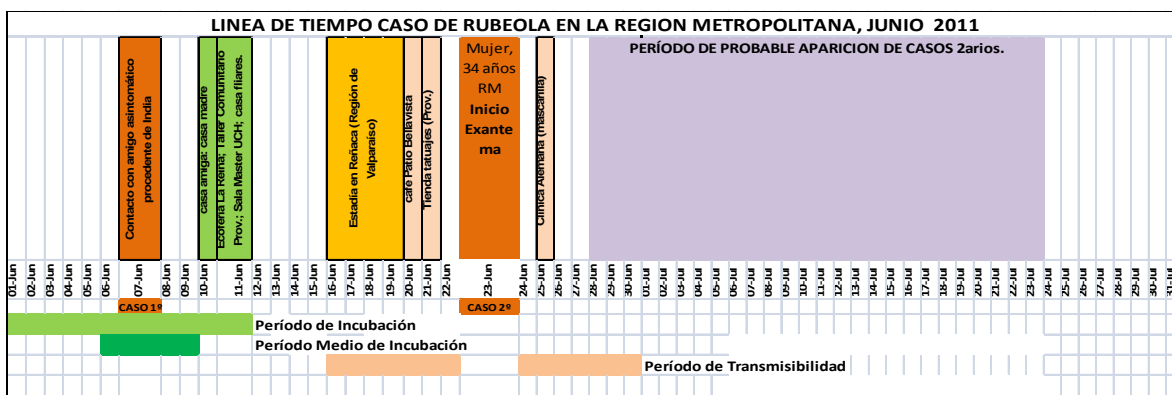
Caso primario, hombre de 27 años que sólo refirió cefalea intensa a su regreso al país durante los tres primeros días, **sin presentar exantema**. Regresa de **India** el 2 de junio, después de haber permanecido 4 meses en ese país. Se le tomó una muestra de suero para estudio, la que fue confirmada el 19 de julio (IgG e IgM rubéola positivo).

Caso secundario (índice), mujer de 34 años, con fecha de inicio de exantema el **23 de junio de 2011**. Desarrolla como oficio manualidades en su hogar; reside sola en la comuna de Providencia de la RM. No recuerda haberse vacunado durante la campaña contra la rubéola (1999). El 1º de julio el ISP informa que la muestra resulta indeterminada y se solicita una segunda muestra, confirmándose el caso el 12 de julio. Se encuentra pendiente la genotipificación, lo que se espera pueda documentar la importación.

4.2 Factores de Exposición:

Durante la investigación del **caso índice**, no se detectaron factores de riesgo como viajes internacionales, contacto con extranjeros o embarazadas. La paciente utiliza bicicleta como medio de transporte, usando mascarilla la mayoría de las veces que se desplaza por este medio. Tuvo varias ocasiones de contacto social (amistades y familiares) en lugares públicos, incluyendo el contacto con una persona procedente de la India (caso primario). Este contacto se produce el día 2 y 7 de junio, es decir, entre 16 y 22 días previos a la aparición del exantema, coincidente con un período de incubación.

El caso índice (secundario) durante el período de transmisibilidad, recorrió cafés, ferias y talleres (Providencia y comunas aledañas), farmacia (sector de Plaza Egaña) y clínica privada (Vitacura), entre otros. Además, permaneció durante 4 días (entre el 16 al 19 de junio) en el balneario de Reñaca, Región de Valparaíso (línea de tiempo).



Respecto al caso recientemente identificado como **primario**, no refiere haberse relacionado con personas enfermas en India, y desde su regreso a Chile sólo presentó cefalea, sin exantema u otro síntoma. Una vez que ingresa al país, toma contacto con amigos y familiares de la RM y de Valparaíso, desplazándose a las regiones de Atacama (entre el 8 al 13 de junio) y Coquimbo (entre el 13 y 20 de junio). Dado que este caso no presentó exantema, es difícil estimar los tiempos probables de transmisibilidad.

4.3 Hipótesis del origen del brote:

Considerando que América se declara libre de rubéola autóctona por más de 2 años; que las últimas 4 importaciones reportadas este año llegaron a Estados Unidos¹; que Chile logró interrumpir la transmisión autóctona de la rubéola hace más de 3 años y que, posterior a la interrupción de la transmisión autóctona en Chile, el último caso confirmado había sido una rubéola importada desde Argentina en julio de 2008, estimamos que **estaríamos frente a una nueva importación**, luego de casi 3 años sin casos.

La hipótesis principal de la fuente de infección, corresponde a un joven chileno **asintomático**, de 27 años, **recién llegado de la India** (confirmado serológicamente), que se contacta con el caso secundario (mujer susceptible de 34 años) el día 2 y 7 de junio, que enferma el 23 de junio, correspondiendo a un caso secundario a esta importación (pendiente genotipificación viral).

4.4 Seguimiento a Contactos

Con la reciente identificación del caso primario (asintomático), se encuentran en seguimiento un matrimonio de amigos de la RM que presentaron síntomas entre el 18 y 19 de junio. Uno de los cónyuges, odontóloga, cursa un post grado en Valparaíso y tiene un contacto en Valparaíso que también presentó exantema el 20 de junio; sin embargo, es difícil establecer un nexo epidemiológico asociado a la reciente importación.

¹ OPS Boletín Semanal Sarampión y Rubéola; 2011, Volumen 17, N° 26.

En la escuela de odontología de Valparaíso, se estaría presentando un caso en una mujer de 38 años, con sintomatología compatible, actualmente en investigación y que estaría relacionado con la misma cadena de transmisión.

4.5 Medidas de Control

Inmediatamente frente a la sospecha del **caso índice**, se indicaron medidas de confinamiento voluntario. A la fecha se han identificado 10 contactos directos (por confirmar) entre familiares y amigos. El seguimiento a los contactos deberá extenderse hasta el 23 de julio.

Por otra parte, el hallazgo del **caso primario**, ha abierto un nuevo foco de investigación, que incluye las ciudades de Copiapó (Región de Atacama), La Serena (Coquimbo) y Valparaíso, aparte de la Región Metropolitana. A la fecha, se han detectado nuevos contactos sintomáticos que ingresarán al sistema de vigilancia (4 casos) y se realizará seguimiento a los contactos asintomáticos hasta el final de los períodos máximos de incubación (alrededor de 20 personas).

En Valparaíso, donde está concentrado el grupo de contactos altamente probable de confirmación (actuales casos sospechosos), se realizará vacunación a los contactos laborales y familiares.

Junto con alertar la red de vigilancia, especialmente entre las regiones de Atacama y Metropolitana, se realizará una vigilancia intensificada y una búsqueda activa, debido a la alta probabilidad de que aparición de casos secundarios en otras regiones del país.

5. Comentarios

Luego de lograr la interrupción de la rubéola en Chile (febrero de 2008), y habiendo detectado una primera importación en julio de 2008 procedente de Argentina; se suma la confirmación de estos 2 nuevos casos de rubéola asociados a importación. Este año, el caso primario procede de India, país donde la rubéola no está sujeta a estrategias de eliminación como en América.

El brote se inicia con la llegada del joven infectado con rubéola desde India a Chile, pero que no presentó síntomas. Toma contacto con una mujer de 34 años, susceptible, residente en la RM a principios de junio y desarrolla la enfermedad posteriormente. El genotipo viral se podrá identificar durante los próximos días.

Esta situación se suma a los casos importados de sarampión ocurridos este año en el país, lo que obliga a mantener alerta y sensible el sistema de vigilancia integrada sarampión-rubéola, de modo que permita detectar oportunamente las importaciones y realizar las medidas de control necesarias, evitando así la aparición de brotes en el país.

Además, en el año 2011, se debe **verificar la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, rubéola y SRC en el país y en América**; por tanto, enfrentarse a una importación, exige niveles adecuados de protección de la población y dar una respuesta oportuna, evidencia que permitirá culminar con éxito esta tarea.