

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2017

**PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA
RUBÉOLA
EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-469-11

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2017

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Rubéola en Primer Nivel de Atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

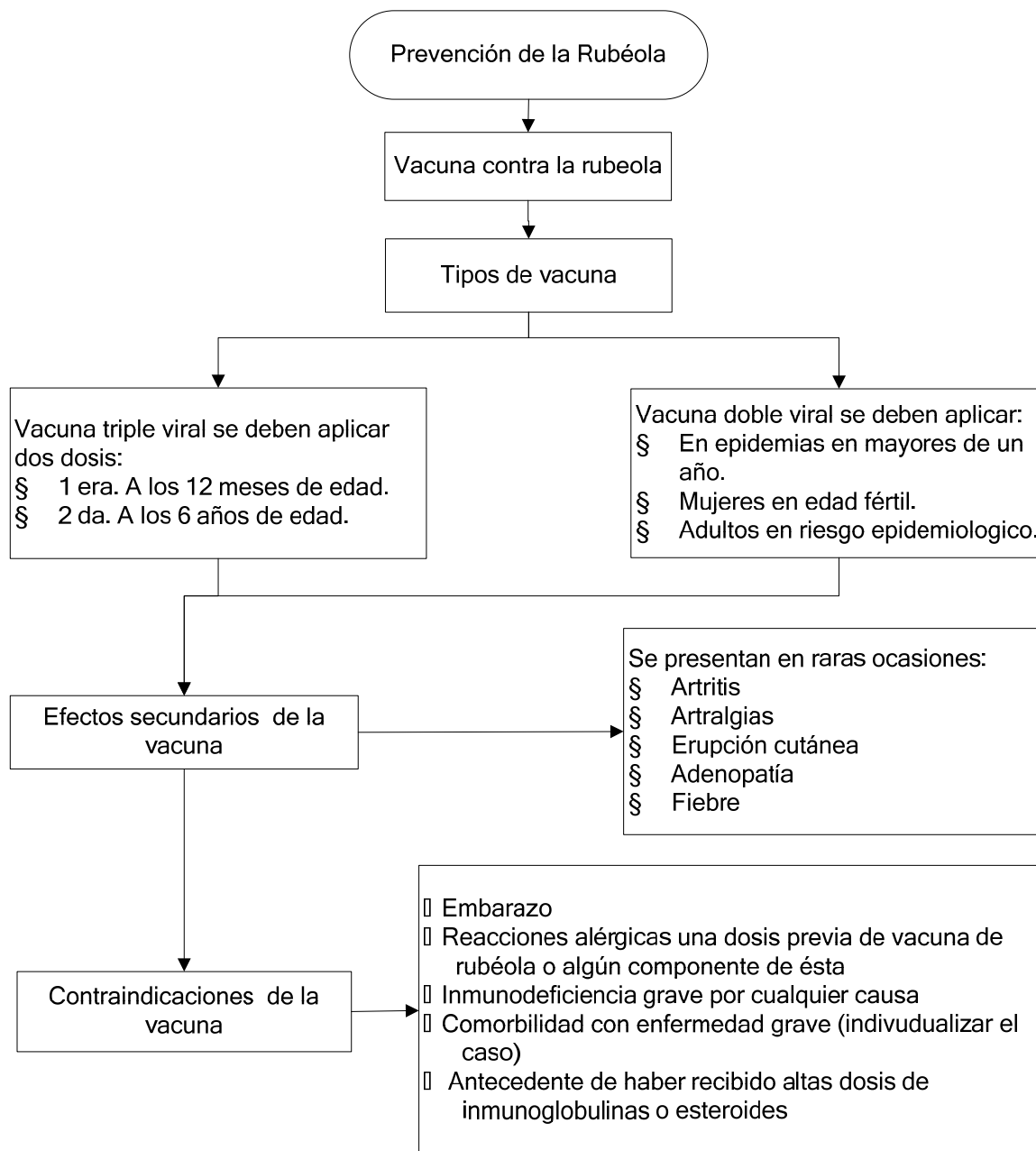
Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de rubéola en primer nivel de atención**. Guía de Práctica Clínica. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Disponible en:

<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

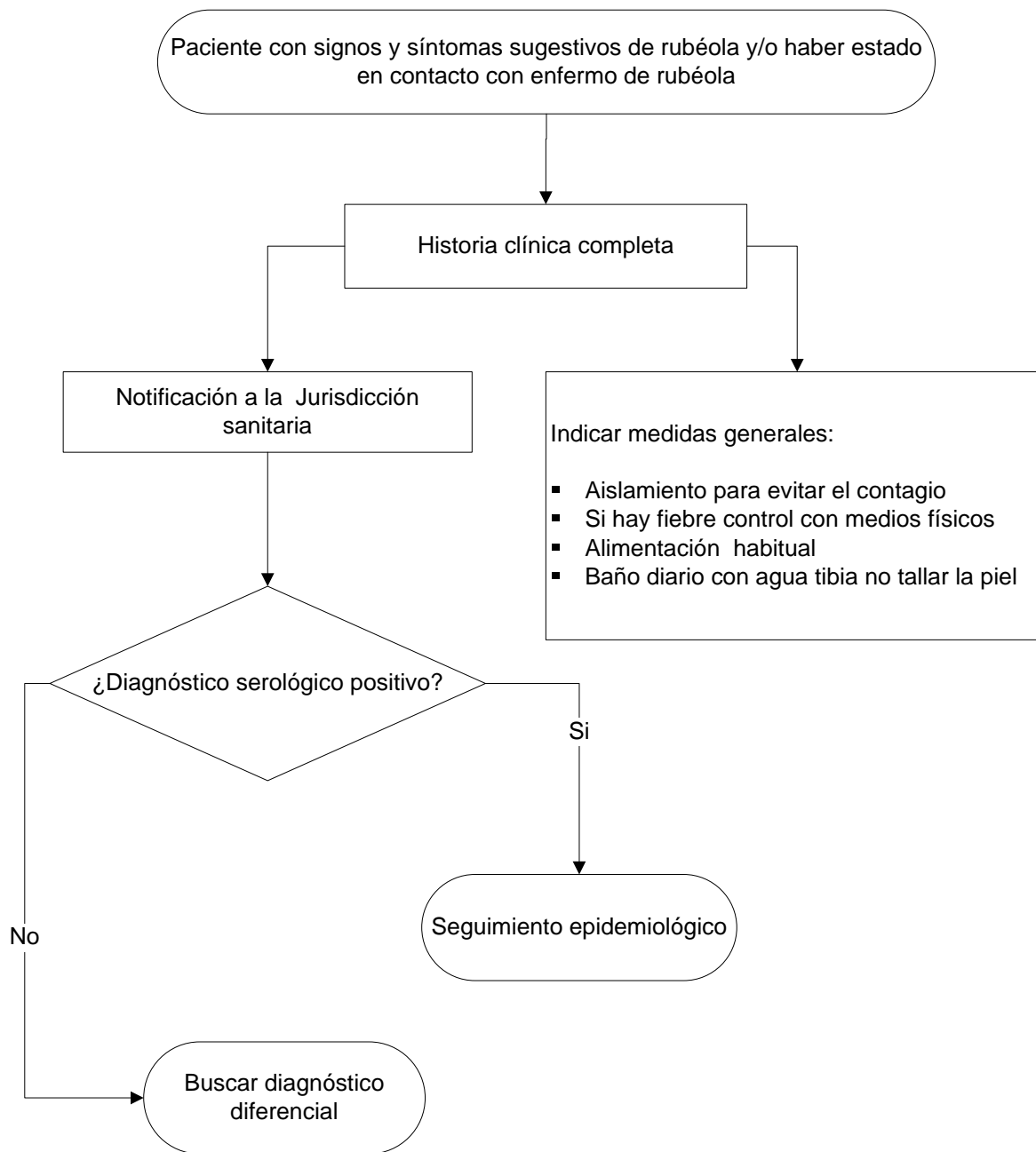
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

PREVENCIÓN DE LA RUBÉOLA



DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE RUBÉOLA



2. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Los pacientes con rubéola activa no asistan a la escuela, a su centro de trabajo o lugares concurridos, hasta 7 días después de haber iniciado la erupción.	A
Pacientes que no han sido vacunados contra la rubéola por indicación médica, religión, etc. deben evitar acudir a las áreas de brotes de Rubéola hasta 23 días después del inicio de rash del último caso.	A

VACUNACIÓN

Recomendación Clave	GR*
La vacuna de virus vivos atenuados contra la rubéola se aplica en personas mayores de 1 año de edad.	C
Para evitar el Síndrome de Rubéola Congénita, todas las niñas deben ser vacunadas contra la rubéola antes de entrar a la edad reproductiva.	C
Para asegurar una adecuada protección con la vacuna se deben aplicar dos dosis de vacuna triple viral para sarampión, paperas y rubéola en los niños, ya que esta combinación ha probado mayor seroconversión y es bien tolerada.	A
<p>La OMS recomienda que el esquema de vacunación sea de acuerdo a las condiciones epidemiológicas de cada nación. En México se utiliza el siguiente esquema:</p> <p>Triple viral. SPR (sarampión, paperas y rubéola)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera dosis a los 12 meses ▪ Segunda dosis a los 6 años ▪ Dosis de refuerzo a los menores de 10 años que no hayan completado su esquema o ▪ Dos dosis con intervalo de 4 semanas entre cada dosis a los menores de 10 años que no cuenten con vacunación previa <p>Doble viral (sarampión y rubéola SR)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una dosis a hombres y mujeres mayores de 11 años que no hayan sido vacunados con la 2ª dosis de SRP o SR a los 6 años de edad ▪ Dos dosis con intervalo de 4 semanas cada una, en hombres y mujeres mayores de 11 años sin esquema documentado de SRP o SR ▪ Dosis adicional en semana nacional de salud ▪ En epidemias a partir de 1 año de edad ▪ Mujeres en edad fértil no embarazadas y mujeres en post-parto 	C

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultos en riesgo epidemiológico (trabajadores de la salud, empleados del ejército y la armada, prestadores de servicios turísticos, asimismo personas en riesgos epidemiológicos y seropositivos a virus de inmunodeficiencia humana) ▪ Estudiantes de enseñanza media y superior que no han presentado la enfermedad 	
<p>Advertir al paciente la probabilidad de presentar efectos secundarios después de la aplicación de la vacuna anti rubéola.</p>	A
<p>Contraindicaciones de la Vacuna contra la Rubéola</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vacuna triple viral no debe administrarse a mujeres que se sabe están embarazadas ▪ 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 ▪ La aplicación de la vacuna durante el embarazo no debe ser motivo para considerar la terminación del embarazo ▪ Las mujeres susceptibles a la rubéola deben ser advertidas sobre el riesgo potencial del SRC ▪ En mujeres embarazadas con serología negativa para rubéola deben ser vacunadas inmediatamente después del parto ▪ Niños con enfermedad grave no deben ser vacunados hasta que se recuperen ▪ 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 ▪ Evaluar riesgo beneficio en pacientes con cáncer 	D
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 contraindicación para la aplicación de la vacuna triple viral ▪ No debe administrarse en pacientes con alergia a la neomicina 	D
<p>La respuesta inmune a la vacuna contra la rubéola en pacientes que han recibido altas dosis de inmunoglobulinas puede estar inhibida durante 3 meses o más, por lo que se recomienda diferir su aplicación hasta después de este lapso.</p>	PBP

DIAGNÓSTICO

<p>Recomendación Clave</p>	GR*
<p>El interrogatorio debe ser exhaustivo respecto a los factores de riesgo, en los pacientes que se sospeche presentaron o presentan síntomas y signos sugestivos de rubéola.</p> <p>Las siguientes condiciones se relacionan con la infección por el virus de la rubéola:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de casos o brotes en familia, escuela, trabajo, vecindario, etc. ▪ Personas no vacunadas, sin documentación o con esquema de vacunación incompleto para sarampión, rubéola [esquema nacional de vacunación] ▪ Historia de enfermedad exantemática previa 	D

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto reciente (menos de 24 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 	
<p>Cuadro Clínico</p> <p>Los signos y síntomas generalmente son de leve intensidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Exantema de color rosa o rojo claro que se agrupan formando áreas de color uniforme 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. 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, obstrucción y/o secreción nasal, poliartralgia o poliartritis generalizada, que persisten entre 14 y 23 días. <p>(Cuadro 1)</p>	D
<p>Las características clínicas pueden ser similares a las de otras enfermedades exantemáticas y un gran número de casos son subclínicos, por lo que el diagnóstico se confirma solo con pruebas serológicas y/o aislamiento del virus</p>	PBP

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Recomendación Clave	GR*
<p>El diagnóstico en la población general sana es clínico dado que la enfermedad generalmente tiene un curso subclínico, solo en el caso que se sospeche de infección por rubéola en una embarazada se deberá confirmar la presencia de la infección por medio de estudios serológicos o aislamiento del virus.</p>	D

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Recomendación Clave	GR
<p>La mayoría de las enfermedades exantemáticas son de etiología viral (excepto la escarlatina, que es bacteriana).</p> <p>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. Se debe realizar diagnóstico diferencial con las siguientes entidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sarampión ▪ Varicela ▪ Escarlatina ▪ Exantema súbito (roséola, sexta enfermedad) ▪ Eritema infeccioso (quinta enfermedad) ▪ Exantemas por enterovirus ▪ Mononucleosis infecciosa ▪ Dengue ▪ Síndrome de choque tóxico (estreptocócico y estafilocócico) ▪ Enfermedad de Kawasaki ▪ Leptospirosis ▪ Borreliosis ▪ Roseola tifoídica (<i>Salmonella typhi</i>) ▪ Exantemas no infecciosos ▪ Exantema medicamentoso ▪ Alergia alimentaria ▪ Zika ▪ Chikungunya 	D
<p>Para establecer el diagnóstico probable y diferencial es necesario conocer algunas características clínicas que distinguen a las enfermedades febriles exantemáticas, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodo de incubación ▪ Periodo de contagiosidad ▪ Características del exantema (morfología, distribución, duración) <p>(Cuadro 2)</p>	D
<p>Es necesario identificar las características epidemiológicas como edad de adquisición, estacionalidad y mecanismo de transmisión.</p> <p>(Cuadro 3)</p>	D

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>Los pacientes diagnosticados con Rubéola deberán ser manejados solo con medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener aislamiento para evitar contagio ▪ La fiebre se controlará con medios físicos ▪ Alimentación habitual ▪ Baño diario con agua tibia no tallar la piel 	<p>Punto de buena práctica</p>

SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Recomendación Clave	GR*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando se sospeche que una mujer embarazada tuvo contacto con infección por Rubéola deberá referirse a la brevedad a una unidad donde se le pueda realizar la prueba serológica para confirmar la sospecha. 	<p>A</p>
<p>Seguimiento epidemiológico</p> <p>Ante la presencia de un caso sospechoso o probable de rubéola :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> - Muestras de exudado faríngeo - Muestra de orina (50 ml) 	<p>D</p>

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. CUADRO CLINICO DE RUBÉOLA

Día	Evento
0	Virus de la rubéola de las secreciones respiratorias de una persona infectada entra en contacto con la superficie epitelial de la nasofaringe de una persona susceptible. Se establece la infección localizada en el epitelio respiratorio y el virus se disemina a los ganglios linfáticos regionales.
1 a 22	Replicación viral en la nasofaringe y los ganglios linfáticos regionales
3 a 8	Primeras pruebas de excreción nasofaríngea de los virus
6 a 20	Viremia.
8 a 14	Infección establecida en la piel y otros focos.
10 a 17	Máxima viremia y viruria
10 a 24	Máxima excreción nasofaríngea de virus (cerca de 3 días antes hasta 7 días después de la aparición del exantema).
17 a 19	La viremia disminuye y luego desaparece

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manual para el diagnóstico de laboratorio de la infección por los virus del sarampión y de la rubéola. Segunda edición.

CUADRO 2. PERIODO DE INCUBACIÓN Y CONTAGIO DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

Enfermedad	Periodo de incubación	Periodo de contagio	Inmunidad adquirida
Sarampión	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
Rubéola	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
Varicela	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.
Escarlatina	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.
Exantema Súbito	HHV6: 7 – 14 días HHV7: se desconoce	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.
Eritema infeccioso	4 – 21 días	6 – 11 días previos al exantema.	Si
Enterovirus	2 – 14 días	3-4 semanas, depende de la excreción fecal del virus.	Específica para cada serotipo de ECHO, coxackie y enterovirus.
Mononucleosis infecciosa	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 3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

Enfermedad	Edad de adquisición	Estacionalidad	Mecanismo de transmisión
Rubéola	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
Sarampión	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
Varicela	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.
Escarlatina	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.
Exantema súbito	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
Eritema infeccioso	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.
Enterovirus	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.
Mononucleosis infecciosa	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: Sarbelio Moreno, Boletín de Práctica Médica Efectiva. Efectividad Clínica en las enfermedades exantemáticas de la niñez 1-2. Instituto Nacional de salud pública, 2006.