

Brote de rubéola en población inmigrante de origen latinoamericano

Sr. Editor: La rubéola es una enfermedad viral exantemática generalmente leve. Sin embargo, cuando se contrae en el primer trimestre de embarazo puede ocasionar el síndrome de rubéola congénita, caracterizado por anomalías oftalmológicas, cardíacas y auditivas¹. La vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) fue introducida en España en 1981 con una dosis a los 15 meses. En 1996, se añadió una segunda dosis a los 11 años² que en 1999 se adelantó a los cuatro³. La cobertura vacunal ha experimentado un progresivo aumento, alcanzando en la Comunidad de Madrid en el año 2000 el 94,9% para la primera dosis y el 80,7% para la segunda⁴. Estas medidas han reducido marcadamente la incidencia de rubéola en nuestro medio. La seroprevalencia frente a rubéola en la Comunidad de Madrid supera el 95% en todos los grupos de edad y asciende al 98,6% en mujeres en edad fértil (16-45 años)⁵. No obstante, la situación es muy diferente en otras regiones del mundo. La rubéola sigue siendo endémica en Latinoamérica. Se calcula que cada año nacen aproximadamente 20.000 niños con síndrome de rubéola congénita en esta zona⁶. Un elevado número de inmigrantes adultos que se incorporan a nuestra sociedad proviene de países latinoamericanos en los que la vacuna de la rubéola fue introducida a finales de la década de los noventa⁷ y, por consiguiente, no se encuentran inmunizados. El objetivo de este estudio es describir la detección de un brote de rubéola en inmigrantes adultos de origen latinoamericano. Entre los días 17-2-2003 y 10-3-2003 se recibieron muestras de suero de 11 adultos con sospecha de sarampión. En todas ellas se realizaron determinaciones de IgM frente a sarampión y rubéola mediante ELISA (Enzygnost; Dade Behring). En los 11 casos se obtuvo un resultado positivo para IgM frente a rubéola y negativo frente a sarampión. Posteriormente entre los días 12-3-2003 y 27-3-2003 se recibieron muestras de otros 3 adultos, ya bajo sospecha de rubéola, en los que también se confirmó la positividad de IgM para esta enfermedad (uno de estos casos correspondía a un contacto previo de un caso confirmado que fue recuperado retrospectivamente). En todas las muestras se realizó la determinación de IgG específica (Enzygnost; Dade Behring) que resultó positiva en 11. En estas 11 muestras el índice de avidez de IgG frente a rubéola fue bajo (< 30%) en 10 casos y elevado (> 50%) en uno. Este último fue el caso recuperado retrospectivamente (55 días tras el inicio de

síntomas). Todos los pacientes procedían de Latinoamérica (seis de Ecuador, cuatro de Colombia, dos de República Dominicana y dos de Argentina), ninguno había sido vacunado frente a rubéola y 12 eran mujeres en edad fértil (18 a 38 años). Una de ellas (IgM positiva e IgG de baja avidez) se encontraba en período de gestación y decidió optar por la interrupción del embarazo. Como resultado de una búsqueda activa se identificó un caso adicional que correspondía a una mujer ecuatoriana de 20 años con sospecha de sarampión, que presentó en diciembre de 2002 un resultado positivo para IgM frente a rubéola (con IgG de baja avidez).

En Estados Unidos la distribución étnica de los casos de rubéola se ha modificado en los últimos años. Entre 1997 y 1999 ocurrieron 19 brotes; en 14 de ellos más del 75% de los afectados eran latinoamericanos¹. La edad de aparición también ha cambiado: en 1991 el 29% de los casos de rubéola en ese país se dieron en mayores de 20 años mientras que en 1999 esta proporción fue del 74%⁸. Además, la mayoría de los casos de síndrome de rubéola congénita acaecidos en Norteamérica se presentaron en familias latinoamericanas⁹. En algunos de estos brotes ocurridos en inmigrantes se produjo una transmisión secundaria a la comunidad local¹⁰. A pesar de la elevada cobertura vacunal frente a rubéola en España, los cambios poblacionales derivados de los procesos de inmigración pueden favorecer una acumulación de susceptibles que facilite la circulación del virus. La detección de un inusual incremento en el número de casos de rubéola, especialmente en adultos, debe hacer pensar en un posible brote y debe ser notificada inmediatamente a los correspondientes servicios regionales de epidemiología para iniciar las investigaciones oportunas y establecer las medidas de intervención pertinentes.

Juan Carlos Sanz^a, Cinthia Lemos^b,
Dionisio Herrera^c
y Rosa Ramírez-Fernández^d

^aLaboratorio Regional de Salud Pública.
^cServicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.
^bPrograma de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Agradecimientos

A las Secciones de Epidemiología de las Áreas de Salud Pública 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 11 del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid por su participación en la

investigación del brote. Al Dr. Fernando de Ory del Centro Nacional de Microbiología por su colaboración en la confirmación de laboratorio de los casos.

Bibliografía

1. Reef SE, Plotkin S, Cordero JF, Katz M, Cooper L, Schwartz B, et al. Preparing for elimination of congenital Rubella syndrome (CRS): Summary of a workshop on CRS elimination in the United States. *Clin Infect Dis* 2000;31: 85-95.
2. Nuevo Calendario vacunal, 1996. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 1996; 19:25-7.
3. Calendario vacunal 1999. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1999;4: 50-9.
4. Plan de Eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública n.º 73. Comunidad de Madrid, 2002.
5. III Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2002;5:3-41.
6. Hinman AR, Hersh BS, de Quadros CA. Utilización racional de la vacuna de la rubéola para la prevención del síndrome de rubéola congénita en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 1998;4:156-60.
7. Report of a meeting on preventing congenital rubella syndrome: Immunisation strategies, surveillance needs, Geneva, 12-14 January 2000, Department of vaccines and biologicals - World Health Organisation Geneva, 2000.
8. Zimmerman L, Reef SE. Incidence of congenital rubella syndrome at a hospital serving a predominantly Hispanic population, El Paso, Texas. *Pediatrics* 2001;107:E40.
9. Castillo-Solórzano C, De Quadros CA. Control acelerado de la rubéola y prevención del síndrome de rubéola congénita en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11:273-6.
10. Danovaro-Holliday MC, LeBaron CW, Allensworth C, Raymond R, Borden TG, Murray AB, et al. A large rubella outbreak with spread from the workplace to the community. *JAMA* 2000;284:2733-9.