“Presentación de la Guía de Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita: Un paso clave para fortalecer la vigilancia en las Américas”, 28 de octubre de 2026.

Q&A

1. **¿Cuánto tiempo sobrevive el virus en el exterior, en el aire y en las superficies?**

Respuesta:

El virus de la rubéola es sensible al calor, el pH y desinfectantes como el hipoclorito de sodio 1% y alcohol al 70%, y presenta una supervivencia limitada fuera del huésped. Si bien estudios experimentales han demostrado una pérdida progresiva de infectividad en el ambiente, la transmisión ocurre principalmente por contacto cercano con secreciones respiratorias de personas infectadas y no por la persistencia prolongada del virus en el aire o sobre superficies.

2. **¿Las coberturas de vacunación logradas con SRP en el actual brote de sarampión lograrán modificar la prevalencia de casos de síndrome de rubéola congénita?**

Respuesta:

El fortalecimiento de las coberturas de vacunación con vacunas que contienen componentes contra sarampión, rubéola y parotiditis (como la triple viral o SRP) o con vacuna doble viral (sarampión-rubéola, SR), contribuyen a mantener la protección poblacional frente a la rubéola y, por consiguiente, a reducir el riesgo de infección durante el embarazo y de presentación de casos de SRC.

No obstante, debido a que el SRC es actualmente un evento infrecuente en la Región de las Américas, es posible que el impacto sobre su ocurrencia no sea inmediatamente observable. El principal beneficio es sostener la inmunidad poblacional y prevenir la transmisión de rubéola.

3. **Los tiempos del programa de eliminación del síndrome de rubéola congénita para ser evaluados los resultados del avance e impacto iniciarán en 2027. ¿Por cuántos años estará vigente el programa de eliminación y cuál será la fecha de evaluación del impacto?**

Respuesta:

La Región de las Américas mantiene la condición de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC).

Debido al riesgo de importación de casos desde regiones donde la transmisión del virus de la rubéola continua, las actividades de vacunación, vigilancia, y respuesta rápida deben mantenerse de tal forma que se detecten las importaciones y se implementen oportunamente las acciones de control en salud pública.

Actualmente no existe una meta de erradicación mundial de la rubéola aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, por lo que el objetivo regional continúa siendo sostener la eliminación alcanzada y prevenir el restablecimiento de la transmisión endémica mediante programas de inmunización sólidos y sistemas de vigilancia de alta calidad.
En este contexto, no existe una fecha prevista para finalizar las actividades de vigilancia y sostenibilidad de la eliminación. La evaluación de los indicadores epidemiológicos y programáticos forma parte de un proceso continuo de monitoreo y verificación regional que permita identificar oportunidades de mejora en la captación, investigación y seguimiento de los casos.

4. **¿Por qué la vigilancia epidemiológica activa debe ser más intensiva apoyando a la pasiva?**
Respuesta:
La vigilancia basada en casos sospechosos o vigilancia pasiva constituye la principal estrategia del sistema de vigilancia del SRC. De manera complementaria, las búsquedas activas institucionales permiten evaluar la sensibilidad del sistema e identificar eventos que pudieron no haber sido notificados oportunamente.
Las búsquedas activas están especialmente recomendadas en áreas con silencio epidemiológico, ante la detección de debilidades del sistema de vigilancia o como parte de las actividades posteriores a brotes de rubéola. Ambas estrategias deben considerarse complementarias y no sustitutas entre sí.

5. **¿Cuáles son las directrices actuales de la OPS respecto a la obligatoriedad del tamizaje de rubéola durante el control prenatal y cómo se alinea esta práctica con las metas regionales?**
Respuesta:
La directriz de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluidos los lineamientos desarrollados por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP), promueven la evaluación del estado inmunitario frente a la rubéola como parte de la atención prenatal integral. En este contexto, el conocimiento del estado de inmunidad de la gestante constituye una práctica recomendada para identificar mujeres susceptibles, orientar las medidas de prevención durante el embarazo y asegurar la vacunación posparto cuando corresponda.
No obstante, la forma en que esta evaluación se implementa y su carácter obligatorio dependen de las políticas, normas y procedimientos de cada país. Por ello, aunque la OPS promueve esta práctica desde el punto de vista clínico y de salud pública, su implementación como requisito programático o como componente universal del control prenatal es una decisión que corresponde a las autoridades nacionales.
Si bien la evaluación de la inmunidad durante el embarazo contribuye a identificar mujeres susceptibles y prevenir futuros casos de SRC, la estrategia regional para

sostener la eliminación se basa principalmente en la vacunación y en sistemas de vigilancia sensibles, sustentados en la detección e investigación oportuna de casos sospechosos y de personas expuestas a casos confirmados,

6. **¿En qué etapa del embarazo es necesario hacer los exámenes?**

Repuesta:

En los países donde la determinación de anticuerpos IgG contra rubéola forma parte del control prenatal de rutina, la evaluación suele realizarse durante la primera consulta prenatal o en el primer trimestre del embarazo, con el objetivo de conocer el estado inmunológico de la gestante e identificar mujeres susceptibles a la infección.

Cuando exista sospecha clínica de rubéola, o exposición a un caso confirmado de rubeola además del cribado prenatal de rutina, las pruebas de IgM e IgG están indicadas en el momento en que se tenga la sospecha clínica.

La interpretación de los resultados debe realizarse considerando los antecedentes de vacunación, la historia clínica, la exposición y la situación epidemiológicas del país. En la Región de las Américas, donde la rubéola y el síndrome de rubéola congénita han sido eliminados, cualquier sospecha de infección por el virus de la rubéola durante el embarazo requiere una evaluación cuidadosa para confirmar o descartar el caso.

7. **¿En caso de exposición en una mujer gestante previamente vacunada se recomienda también proceder con las investigaciones serológicas?**

Respuesta:

Sí. Ante la sospecha de exposición o infección durante el embarazo, la evaluación debe realizarse independientemente de los antecedentes de vacunación. La historia vacunal proporciona información relevante para la valoración del riesgo, pero no reemplaza la investigación clínica, epidemiológica y de laboratorio cuando existe una exposición o una sospecha de rubéola durante la gestación.

8. **La microcefalia intrauterina, ¿sería considerada como caso sospechoso o se podría manejar como un tamizaje y esperar resultados de pruebas TORCH?**

Respuesta:

La microcefalia no constituye una manifestación clínica mayor clásica del SRC. Sin embargo, puede observarse en algunos casos de infección congénita por rubéola junto con otras alteraciones neurológicas o del desarrollo.

La microcefalia aislada debe considerarse un hallazgo que amerita investigación etiológica, pero no constituye por sí sola un criterio mayor para la sospecha de SRC. La evaluación debe completarse con antecedentes epidemiológicos, la búsqueda de otras manifestaciones compatibles y los estudios diagnósticos correspondientes para otras infecciones congénitas y causas de microcefalia.

9. **¿Las cardiopatías congénitas de un caso de SRC solo son estructurales?**

Respuesta:

Las cardiopatías congénitas asociadas al Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) corresponden principalmente a anomalías estructurales cardíacas y de los grandes vasos, derivados de la infección fetal por el virus de la rubéola durante la organogénesis.

Entre las manifestaciones cardíacas clásicamente asociadas al SRC se encuentran el conducto arterioso persistente, la estenosis de la arteria pulmonar y de sus ramas, así como otros defectos septales, incluidos la comunicación interauricular y la comunicación interventricular.

Para fines de vigilancia epidemiológica, las cardiopatías consideradas en la definición y clasificación de casos de SRC son fundamentalmente las anomalías estructurales congénitas documentadas clínicamente o mediante estudios complementarios, como la ecocardiografía.

10. **En el grupo A están las cardiopatías congénitas, ¿solo se tendrán en cuenta con los códigos CIE relacionados para el conducto arterioso persistente? ¿cuánto tiempo se tendrá en cuenta para el cierre antes de ser notificado?**

Respuesta:

Los códigos CIE incluidos en la guía son utilizados para las búsquedas activas institucionales y permiten identificar registros clínicos que podrían corresponder a casos sospechosos de SRC.

Respecto al conducto arterioso persistente (CAP), si el recién nacido reúne la definición de caso sospechoso de SRC, debe ser incorporado inmediatamente al sistema de vigilancia sin esperar la evolución o eventual cierre espontáneo de la lesión. La investigación epidemiológica y clínica posterior permitirá determinar la clasificación final del caso. La persistencia o no del CAP en controles posteriores constituye información relevante para la evaluación clínica, pero no debe retrasar la notificación y la investigación de un caso sospechoso que cumple los criterios establecidos por la vigilancia.

11. **Hay defectos congénitos asociados a prematuros como el conducto arterioso permeable y el foramen oval permeable. ¿Desde qué semana de gestación se tendría en cuenta para notificar los casos?**

Respuesta:

Los defectos cardíacos observados en recién nacidos prematuros deben interpretarse considerando la edad gestacional y el contexto clínico integral. Tanto el conducto arterioso persistente como el foramen oval permeable especialmente en recién nacidos pretérmino, por lo que su presencia aislada no debe interpretarse directamente como evidencia de una anomalía atribuible al SRC.

No existe una edad gestacional definida que determine por sí sola la inclusión o exclusión de un caso. La evaluación debe considerar los hallazgos clínicos, los antecedentes epidemiológicos y la presencia de otras manifestaciones compatibles con rubéola congénita.
No obstante, si el lactante reúne la definición de caso sospechoso de SRC, debe notificarse e investigarse independientemente de la edad gestacional al nacimiento.

12. **¿La comunicación interventricular muscular apical pequeña se debe notificar?**

Respuesta:

La comunicación interventricular (CIV) muscular apical pequeña es una cardiopatía congénita relativamente frecuente y, por sí sola, no constituye una lesión especialmente sugestiva de SRC.
Sin embargo, la decisión de notificar no debe basarse únicamente en la presencia aislada de una CIV. Deben considerarse conjuntamente los antecedentes epidemiológicos, la presencia de otras manifestaciones clínicas compatibles con SRC y el cumplimiento de la definición de caso sospechoso establecida por el sistema de vigilancia.
Si reúne la definición de caso sospechoso, debe notificarse e investigarse independientemente del tamaño o localización del defecto cardíaco.

13. **¿Si capto un caso de SRC, se notifica a la madre como caso de rubéola de forma retrospectiva? ¿Cuál es la sugerencia?**

Respuesta:

La detección y notificación de un caso de síndrome de rubéola congénita (SRC) debe dar lugar a una investigación epidemiológica integral que incluya la evaluación retrospectiva de la madre durante el embarazo. Sin embargo, la madre no debe notificarse automáticamente como un caso confirmado de rubéola únicamente por la confirmación de SRC en el niño.
La investigación debe revisar los antecedentes clínicos y epidemiológicos maternos, incluidos antecedentes de exantema durante la gestación, resultados de laboratorio disponibles, estado vacunal, exposición a casos sospechosos o confirmados de rubéola y cualquier información relevante contenida en los registros prenatales.
Un caso confirmado de SRC implica que la infección por el virus de la rubéola ocurrió durante el embarazo, independientemente de que exista o no evidencia documentada de la infección materna. Por ello, la investigación debe procurar caracterizar la infección materna, identificar la posible fuente de infección y determinar, cuando sea posible, si la exposición ocurrió dentro o fuera del país.
Desde la perspectiva de vigilancia, el principal objeto de seguimiento es el lactante con SRC, ya que puede excretar el virus durante períodos prolongados y representar un riesgo potencial de transmisión a personas susceptibles. En

contraste, cuando se identifica el SRC, la madre generalmente ya ha superado el período de transmisibilidad asociado a la infección ocurrida durante el embarazo, por ello ya no representa un riesgo en salud pública.
En todos los casos, la prioridad de la vigilancia es completar la investigación epidemiológica del SRC, documentar el vínculo materno-fetal e identificar la fuente probable de infección, más que reclasificar retrospectivamente a la madre en ausencia de evidencia suficiente.

14. **¿Se pueden usar los mismos kits y protocolos para pruebas en LCR? ¿Solo sería molecular?**

Respuesta:

En muestras de LCR se puede realizar las pruebas de RT-PCR para detección del ARN viral y pruebas de anticuerpos IgM e IgG; es recomendable recolectar una muestra de suero para detectar de forma simultánea los anticuerpos IgG en suero y en LCR, para establecer si hay producción de anticuerpos en el sistema nervioso central considerando que la IgG puede pasar barrera hematoencefálica.
Respeto a las pruebas de IgM e IgG comerciales, se recomienda revisar los insertos del kit y seguir las recomendaciones descritas. Importante correlacionar los resultados de las pruebas de laboratorio con el cuadro clínico.

15. **¿Cuál es la sobrevida de los niños con SRC?**

Respuesta:

La mortalidad y la morbilidad de los niños con SRC dependen en gran medida del tipo y la gravedad de las manifestaciones congénitas presentes. Las formas graves, particularmente aquellas asociadas a cardiopatías complejas, compromiso neurológico o enfermedad multisistémica presentan mayor riesgo de mortalidad durante el primer año de vida.
Sin embargo, muchos niños con SRC sobreviven hasta la edad adulta y requieren seguimiento prolongado debido a secuelas permanentes, especialmente hipoacusia, alteraciones visuales, cardiopatías congénitas y trastornos del neurodesarrollo.

16. **¿Cuál es la ruta de inmunización para un niño que nace con el síndrome, o cuándo es el mejor momento de su primera vacuna contra la rubéola o las otras vacunas?**

Respuesta:

Los niños con SRC deben seguir el calendario nacional de vacunación correspondiente a su edad, incluyendo la vacuna que contiene componente contra la rubéola en la edad recomendada por cada programa nacional de inmunización.

La presencia de SRC no constituye una contraindicación para la vacunación de rutina. No obstante, algunas condiciones médicas asociadas o tratamientos específicos podrían requerir una evaluación individual por el equipo tratante.

Incluso cuando el niño tenga antecedente de infección congénita por rubéola, debe seguir el esquema nacional de vacunación vigente para su edad, salvo que exista una contraindicación específica no relacionada con el SRC.

En la Región de las Américas no se utilizan vacunas monovalentes contra la rubéola en los programas nacionales de inmunización. La protección frente a la rubéola se administra mediante vacunas combinadas, como la vacuna doble viral (sarampión-rubéola, SR) o la vacuna triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis, SRP), según el esquema nacional vigente.

El uso de vacunas combinadas ofrece ventajas programáticas y de salud pública, ya que permite proteger simultáneamente frente a varias enfermedades prevenibles por vacunación, simplifica la administración de vacunas, mejora la eficiencia de los programas de inmunización y contribuye a mantener las coberturas para sostener la eliminación o el control de las enfermedades prevenibles por vacunas.