GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis

El Salvador 2025

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis

El Salvador 2025

2025 Ministerio de Salud

Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo técnico

Dra. Mayra Vanessa Ruballo de Gutiérrez Dra. Ana Yamileth Hernández Martínez Licda. Sara Marisol Lemus Lemus	Dirección de Inmunizaciones
Dr. Eddy Alberto Chacón Aguirre Dr. Héctor Manuel Ramos Dr. César Augusto Velásquez Licda. Rosa Nohemí Jiménez Dra. Yudy Suleyma Méndez de Méndez Dra. Ivania Guadalupe Mendoza Rivas Dr. Wilson Stanley Avendaño Dr. Juan Gabriel Cisneros	Dirección de Epidemiología
Dr. Guillermo Arturo Santamaría Romero	Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención
Dr. Luis Antonio Castillo Licda. Alba Armida Escobar de Segura	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Carlos Roberto Torres Dra. Mayra Lissette Sáenz de Hernández	Dirección de Regulación
Dra. Claudia Mérida López García	Unidad de la Niñez
Dra. Diana García	Unidad Materno Perinatal
Dra. Tania Marisol Hernández Cruz Dra. Reina Iris Chávez Fuentes Dra. Ivania Cristina Arévalo de Linares Dr. César José González Espinal	Residentes de la especialidad de epidemiología e investigación en salud
Lic. Gustavo Misael Ramírez	Laboratorio Nacional de Salud Pública
Licda. Xenia Raquel Meléndez Zaldaña	Laboratorio Hospital General del ISSS

Comité consultivo

Dr. Guillermo Edgardo Barahona	Comisión Nacional de Certificación de Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita
Dra. Nancy Ruiz	Hospital Nacional de la Mujer
Dra. Ligia Soraya Sánchez Guzmán	Hospital Nacional de Suchitoto
Dr. Edwin Noé Escalante Dr. Julio César Bonilla Bonilla	Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel
Dr. Mauricio Alfredo Vásquez Alas	Región Metropolitana de salud
Dr. Guillermo Antonio Romero Barrera	SIBASI Cuscatlán
Dra. Genoveva de Jesús Morales Dra. Kriscia Mayela Najarro Licda. Reina Yamileth Vásquez	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. José Fernando Orellana Dr. Víctor Mauricio Espinoza Dra. Anabella Castillo de Doratt	Hospital Primero de Mayo ISSS
Dra. Jackie Sughey Alvarado Martínez	FOSALUD
Dra. Julissa Stefany Escobar Calderón Dra. Ángela Alejandra Molina Duque Dr. Josué Gonzalo Benavides Hernández	Residentes de la especialidad de epidemiología e investigación en salud

Índice

Acuerdo	1
I. Introducción	2
II. Objetivos	3
III. Ámbito de aplicación	3
IV. Antecedentes	4
V. Características clínicas y epidemiológicas del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita	5
VI. Vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita	18
VII. Intensificación actividades de prevención y control ante casos confirmados	24
VIII. Vigilancia activa y comunitaria	31
IX. Parotiditis	36
X. Abreviaturas	40
XI. Disposiciones finales	41
XII. Vigencia	41
XIII. Referencias bibliográficas	42
XIV. Anexos	43

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE EL SALVADOR

Distrito de San Salvador y Capital de la República,9 de junio de 2025

Acuerdo n.º 1610
El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud
Considerando:

I. Que el artículo 65 de la *Constitución* determina que: "la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".

II. Que el numeral 2 del artículo 42 del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo* establece que compete al Ministerio de Salud: "Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población".

III. Que los artículos 3, 6, 7, 10, 13 y 14 literal e) de la *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud* define que el Sistema Nacional Integrado de Salud está constituido por las instituciones públicas y privadas y sus colaboradores, que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector del mismo, por lo que está facultado para coordinarlo, integrarlo y regularlo, además promoverá la adopción de los modelos de atención, gestión, provisión, financiamiento y rehabilitación en salud, coordinando su implementación progresiva.

IV. Que el artículo 1 de la *Ley de Vacunas* establece que se debe garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades infecciosas prevenibles, a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen el Sistema Nacional Integrado de Salud, la adquisición de vacunas, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción.

V. Que con fecha 8 de agosto del año dos mil trece, este ministerio emitió los *Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis* los cuales requieren ser actualizados con el objeto de establecer nuevas disposiciones técnicas que orienten a los proveedores de servicios de salud en la prevención y control de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis.

Por tanto, en uso de las facultades legales, acuerda emitir los siguientes:

Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis

I. Introducción

El sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) son enfermedades de importancia en salud pública a nivel mundial debido a su alta transmisibilidad y las graves complicaciones que pueden generar. Según la evidencia científica internacional antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión, se registraban millones de casos y muertes anuales en todo el mundo. A pesar de los avances logrados con la vacunación, la reemergencia de brotes en diversas regiones evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control. La rubéola, aunque menos severa en la población general, representa un riesgo significativo para las mujeres embarazadas, ya que puede causar SRC, una condición grave que afecta al feto y puede provocar discapacidad permanente.

En la región de las Américas, se promovieron algunas iniciativas con base a evidencia científica para la eliminación del sarampión y la rubéola a través de altas coberturas de vacunación y una vigilancia epidemiológica rigurosa. En 2016, la región fue declarada libre de rubéola y SRC y en 2017 se confirmó la eliminación del sarampión. Sin embargo, la importación de casos ha provocado brotes en países con brechas en la cobertura de vacunación, lo que subraya la necesidad de mantener estrategias de inmunización y vigilancia efectiva.

El Salvador tiene el compromiso en la eliminación de estas enfermedades, alcanzando coberturas de vacunación superiores al 95% en niños menores de un año y fortaleciendo su sistema de vigilancia epidemiológica. No obstante, la amenaza de brotes persiste debido a la movilidad poblacional y la posibilidad de introducción del virus desde otras regiones. En este contexto, el Sistema Nacional Integrado de Salud de El Salvador ha priorizado el mantenimiento de la eliminación mediante la vacunación sistemática, la respuesta rápida ante casos sospechosos y la capacitación continua del personal de salud.

Los presentes lineamientos técnicos, constituyen una herramienta para el personal de salud en la prevención y control del sarampión, rubéola, el SRC y la parotiditis, estandarizando los procedimientos de vigilancia, garantizando la calidad de la información epidemiológica y fortaleciendo las intervenciones de inmunización. La aplicación de estas directrices contribuirá a sostener los logros alcanzados y minimizar el riesgo de re introducción de estas enfermedades en el país.

II. Objetivos

General

Establecer las directrices que orienten las acciones del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud en la prevención y control de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis.

Específicos

1. Estandarizar la aplicación de instrumentos e intervenciones para fortalecer la vigilancia, prevención y control de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis.
2. Definir el proceso de vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita.
3. Fortalecer la calidad de la información en los sistemas de vigilancia epidemiológica.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos, el personal de salud de los establecimientos que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

IV. Antecedentes

Situación epidemiológica de sarampión,rubéola,síndrome de rubéola congénita y parotiditis

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados en 2024, hasta el 26 de noviembre del 2024 se notificaron 526.277 casos sospechosos de sarampión, en 183 Estados Miembros de las seis regiones, de los cuales 283.840 (54%) fueron confirmados. En el año 2023, se informaron 623.411 casos sospechosos de sarampión en 176 Estados Miembros, de los cuales 321.887 (52%) fueron confirmados.

Durante el 2024, se alertó sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países y territorios de la Región de las Américas.

De acuerdo con la información disponible de los casos confirmados de sarampión, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (27%), el grupo de 1-4 años (25%) y al grupo de 20-29 años (23%). Con relación al antecedente de vacunación, el 62% de los casos no estaban vacunados y en 19% dicha información era desconocida o ausente.

En El Salvador la última epidemia de sarampión fue en el año de 1989 con 16,536 casos confirmados (321.8 casos por 100,000 habitantes) de los cuales 200 niños y niñas menores de cinco años fallecieron. Desde la semana epidemiológica 11 del año de 1996 no se ha confirmado ningún caso autóctono. En el año 2001 se identificaron dos casos importados provenientes de Europa a partir de los cuales no se detectaron nuevos casos y este brote se controló oportunamente, según lo recomendado. El último caso de rubéola fue en el año 2006 y de SRC en el año 2001.

El Salvador realiza acciones para mantener la certificación de eliminación de estas enfermedades al desarrollar actividades de inmunización, vigilancia epidemiológica y laboratorial, así como la preparación frecuente de los Equipos de Respuesta Rápida Nacional que permiten el accionar oportuno ante la detección de casos, el apoyo político y financiero de las autoridades.

V. Características clínicas y epidemiológicas del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita

1. Sarampión

a) Aspecto clínico y epidemiológico

El sarampión es una enfermedad de afectación mundial, altamente contagioso y que requiere identificación e intervención oportuna.

Cuadro 1. Ficha técnica de aspecto clínico – epidemiológico

Sarampión	
Descripción	Es la enfermedad febril exantemática más frecuente en la niñez que causa morbilidad, mortalidad y discapacidad.
Agente infeccioso	Virus ARN del sarampión pertenece al género *Morbillivirus* de la familia *Paramyxoviridae*
Distribución geográfica	Mundial
Reservorio	Humano
Modo de transmisión	Principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio o suspendido en el aire que entran en contacto con las mucosas de las vías respiratorias altas o la conjuntiva.
Período de incubación	7 a 21 días.
Período de transmisibilidad	Varia desde un día antes de comenzar el periodo prodrómico (por lo común cuatro días antes de iniciar la erupción) hasta cuatro días después de aparecer la erupción .
Manifestaciones clínicas	Periodo catarral o prodrómico Dura de dos a cuatro días: fiebre malestar general, tos, rinorrea, coriza, suele haber conjuntivitis, bronquitis y enantema patognomónico llamado "manchas de Koplik" en la mucosa bucal en más de 80% de los casos, son puntos blancos abultados, ubicados en la cara interna de las mejillas; estas aparecen uno o dos días antes del exantema, persisten durante dos o tres días.
	Período exantémico Alrededor del quinto día de la enfermedad aparece un exantema maculopapular caracterizado por grandes áreas de manchas rojas, inicia detrás de los oídos y en la cara para posteriormente diseminarse en dirección cefalocaudal en todo el cuerpo, se concentra principalmente en el tronco y las extremidades superiores, que persiste durante tres a siete días; simultáneamente presenta fiebre alta.
	Período de convalecencia Se caracteriza por una depresión de la inmunidad celular.
Complicaciones	Otitis media, laringotraqueobronquitis, neumonía, diarrea, encefalitis aguda, encefalomielitis postinfecciosa, pancencefalitis esclerosante subaguda (PEES) y ceguera. Los niños y niñas menores de cinco años de edad, los adultos de más de veinte años, la desnutrición y las inmunodeficiencias presentan un riesgo mayor de complicaciones graves.
Pruebas de laboratorio	• Prueba de ELISA para determinación de anticuerpos específicos IgM e IgG en suero sanguíneo. • Detección del virus por RT-PCR en tiempo real en secreción nasofaríngea y orina. • Aislamiento del virus por cultivo viral en secreción nasofaríngea y orina. • Prueba de avidez de anticuerpos de IgG específicos. • Prueba de secuenciación e identificación de genotipo.
Tratamiento	Vitamina A, sales de rehidratación oral.

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

b) Diagnóstico diferencial

Para la identificación de casos sospechosos de sarampión es necesario hacer uso de los diagnósticos diferenciales.

Cuadro 2. Comparación de las características epidemiológicas, clínicas del sarampión y sus diagnósticos diferenciales

Enfermedad	Sarampión	Rubéola	Roséola (exantema súbito)	Eritema infeccioso	Dengue	Chikungunya	Zika
Etiología	Paramyxoviridae, género morbillivirus	Togaviridae, género Rubivirus	Betaherperviridae, género Roseolovirus (herpes virus humano tipo 6)	Parvoviridae, género erythorovirus (Parvovirus humano B19)	Flaviviridae, género Flavivirus	Togaviridae, género Alphavirus	Flaviviridae, género Flavivirus
Período de incubación (días)	7-21 días	12-23 días	5-15 días	4-20 días	3-14 días	4-7 días	2-7 días
Fiebre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Puede aparecer
Características de la fiebre	Fiebre alta	Febrícula o ausencia de fiebre	Intensa y repentina	Febrícula o ausencia de fiebre	Moderada, ocasionalmente bifásica	Fiebre alta	Febrícula o ausencia de fiebre
Exantema	Sí	Sí	Sí	Sí	Frecuente	Frecuente	Sí
Características del exantema	Maculopapular	Maculopapular	Maculopapular	Macular/Maculopapular	Maculopapular	Maculopapular	Maculopapular
Distribución del exantema	Cefalocaudal	Cefalocaudal	Tórax y abdomen	Cefalocaudal	Centrífugo	Cefalocaudal con prurito intenso	Cefalocaudal con prurito intenso
Tos	Frecuente	No	No	No	No	No	No
Coriza	Frecuente	Puede aparecer	Sí	Sí	No	No	No
Conjuntivitis	Frecuente	Puede aparecer	No	No	Puede aparecer	Puede aparecer	Sí
Artralgia	No	Frecuente	No	Puede aparecer (adultos)	Frecuente	Sí	Frecuente
Linfoadenopatías	No	Frecuente	Puede aparecer	Puede aparecer	No	Puede aparecer retroauricular	Puede aparecer retroauricular

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

c) Diagnóstico de laboratorio

Para el diagnóstico de la enfermedad se realizarán las siguientes pruebas:

- **Prueba de ELISA para determinación de anticuerpos específicos IgM en suero sanguíneo**: el periodo para toma de muestra sanguínea es desde el día cero hasta el día 30 de inicio de exantema.

- **Prueba de ELISA para determinación de anticuerpos específicos IgG en suero sanguíneo:** Siempre que se obtenga un resultado IgM positivo o indeterminado, se solicitará una segunda muestra de suero, la cual debe ser tomada entre los 14 a 20 días después de haberse tomado la primera, para realizar la cuantificación de anticuerpos IgG en las dos muestras del caso (sueros pareados).
  Si se trata de una infección aguda de sarampión, se espera encontrar en la segunda muestra un aumento significativo de anticuerpos de 4 veces mayor al nivel de la primera muestra,

esto como evidencia de seroconversión; y se podría confirmar el caso correlacionando con los datos clínicos y epidemiológicos.
Si no hay aumento significativo o se mantienen estables los títulos de anticuerpos IgG entre la segunda y primera muestra, se descarta el caso.

- **Detección del virus por RT-PCR en tiempo real en secreción nasofaríngea y en orina:** el periodo para toma de muestra es a partir del día cero hasta el día 7 de inicio de exantema.

- **Aislamiento del virus por cultivo viral en secreción nasofaríngea y en orina:** el periodo para toma de muestra es a partir del día cero hasta el día 7 de inicio de exantema.

- **Prueba de avidez de anticuerpos de IgG específicos:** Es una prueba complementaria para diferenciar respuestas inmunes primarias y secundarias. El periodo para toma de muestra sanguínea es desde el día cero hasta el día 30 de inicio de exantema. Para esta prueba se requiere previo análisis del caso para valorar su aplicación. Prueba referida y realizada en el laboratorio especializado mundial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Estados Unidos.

- **Prueba de secuenciación e identificación de genotipo:** Prueba referida y realizada en el laboratorio especializado mundial de los CDC, Estados Unidos.

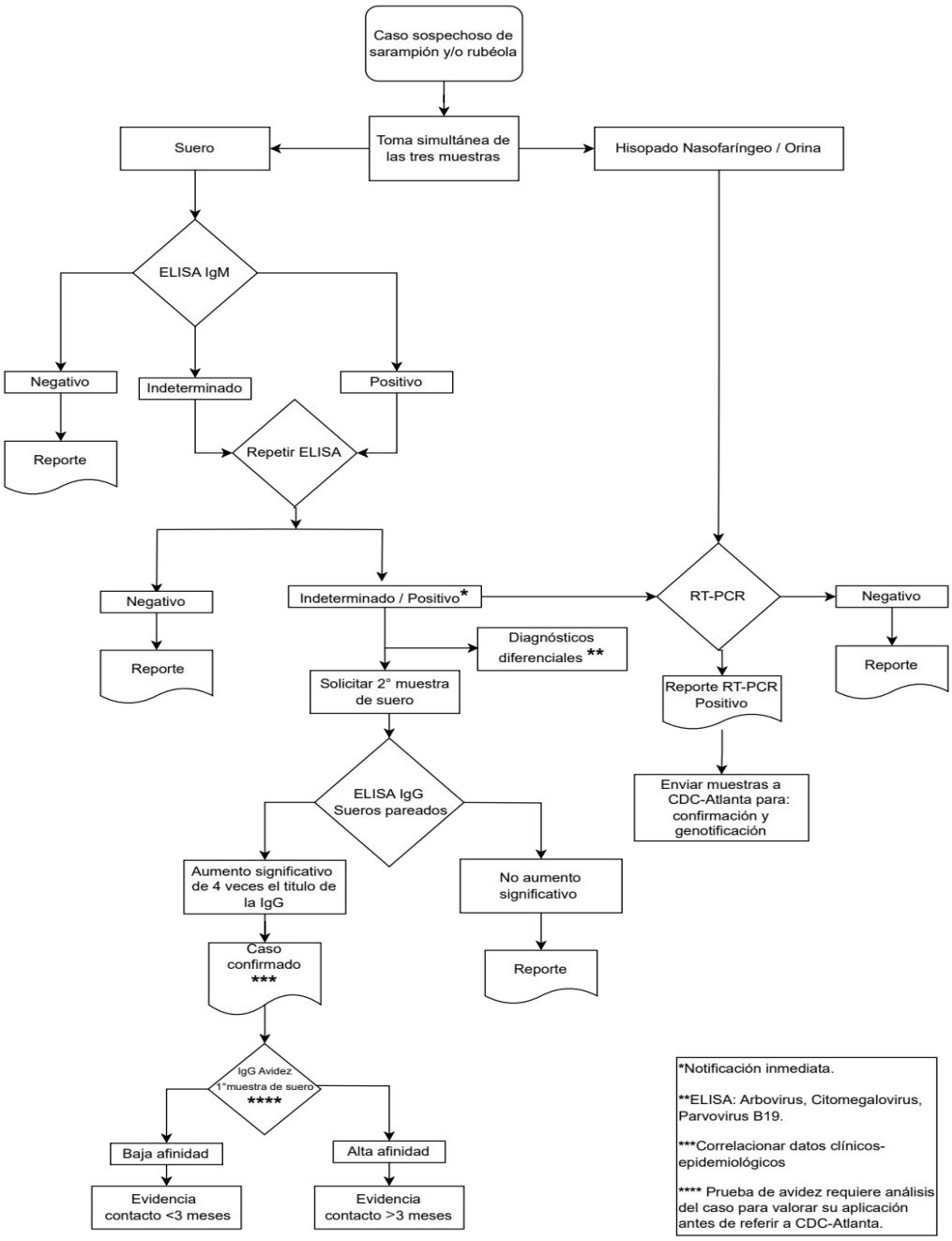
Cuadro 3. Descripción de muestras de laboratorio clínico para identificación de sarampión

Evento	Tipo de prueba	Tipo de muestra	Requerimientos de las muestras	Tiempo de toma de la muestra	Transporte de la muestra	Observaciones
Sarampión	Determinación de anticuerpos específicos IgM e IgG	Suero sanguíneo 1 – 2 ml	Utilizar vial estéril de tapón de rosca o tubo sin adherente (aditivo), correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra	A partir del día cero hasta el día 30 de inicio del exantema	Las muestras deben transportarse inmediatamente al LNSP, utilizando el sistema de triple embalaje y en condiciones de refrigeración conservando temperatura entre 2°C a 8°C Se debe incluir en el envío de las muestras, el Formulario VIGEPES 02 completo y	Las muestras (sangre, hisopado nasofaríngeo y orina), se deben tomar de forma obligatoria y simultánea al primer contacto del caso sospechoso en el servicio de salud
	Detección del virus por RT-PCR y Aislamiento del virus (cultivo viral)	Hisopado nasofaríngeo	Utilizar 2 hisopos estériles de poliéster, dacrón, rayón o nylon con mango plástico flexible y 1 tubo con medio de transporte viral (MTV), correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad,	Del día cero al día 7 a partir del inicio del exantema		

			número de expediente y tipo de muestra		correctamente llenado	
		Orina	Utilizar frasco recolector de orina estéril, boca ancha, tapón de rosca y cierre hermético, correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra			

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

Figura 1. Flujograma de laboratorio para diagnóstico de sarampión y/o rubéola (EFE)



Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

d) Tratamiento

Todos los casos confirmados con diagnóstico de sarampión deben recibir dos dosis vía oral (perforar la capsula y verter el contenido de esta directamente en mucosa oral) de suplementos de vitamina A con un intervalo de 24 horas entre ambas.

Cuadro 4. Dosificación de vitamina A

Edad	Dosis inicial	Segunda dosis (a las 24 HRS)
< De 6 meses	50 000 UI	50 000 UI
6 a 11 meses	100 000 UI	100 000 UI
> De 1 año	200 000 UI	200 000 UI

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

2. Rubéola y síndrome de rubéola congénita

a) Aspectos clínicos epidemiológicos

La rubéola es una enfermedad de importancia en salud pública que requiere identificación y aplicación de intervenciones de prevención y control inmediata.

Cuadro 5. Ficha técnica de aspecto clínico – epidemiológico

Rubéola	
Descripción	Es una enfermedad viral febril benigna, que se caracteriza por erupción maculopapular difusa. Su importancia en salud pública radica en los efectos teratogénicos que produce la infección primaria en mujeres embarazadas.
Agente infeccioso	El virus de la rubéola pertenece a la familia *Togaviridae*, género *Rubivirus*
Distribución geográfica	Mundial
Reservorio	Humano
Modo de transmisión	La transmisión de la rubéola se hace mediante contacto directo o de la diseminación de gotitas de secreciones nasofaríngeas.
Período de incubación	14 a 23 días
Período de transmisibilidad	7 días antes del exantema a 7 días después del exantema.
Manifestaciones clínicas	El exantema presenta una distribución que se inicia en la cabeza, cara, cuero cabelludo o cuello, para luego seguir al resto del cuerpo, presenta su máxima intensidad en el segundo día y tiene una duración media que fluctúa de cinco a diez días, coincidiendo, con el inicio de la fiebre, siendo el principal diagnóstico diferencial del sarampión.
	Otra característica importante es la presencia de linfoadenopatías de ubicación preauricular, retroauricular, occipital y cervical; estas adenopatías suelen aparecer entre cinco a diez días antes del exantema.
	La rubéola puede presentarse en forma subclínica en un 30 a 50% de los casos. El período prodrómico es de uno a cinco días con síntomas inespecíficos (fiebre baja,

	cefalea, malestar general, artralgias y mialgias), es más frecuente en escolares, adolescentes y adultos.
Complicaciones	La rubéola suele ser una enfermedad benigna; su importancia epidemiológica se debe a la posibilidad de ocurrencia del SRC, siendo esta la principal complicación de la rubéola. Durante el embarazo la infección puede resultar en malformaciones de varios tipos dependiendo de la fase del embarazo, puede causar SRC, aborto espontáneo o mortinato.
Pruebas de laboratorio	• Prueba de ELISA para determinación de anticuerpos específicos IgM e IgG en suero sanguíneo. • Detección del virus por RT-PCR en tiempo real en secreción nasofaríngea y orina. • Aislamiento del virus por cultivo viral en secreción nasofaríngea y orina. • Prueba de avidez de anticuerpos de IgG específicos. • Prueba de secuenciación e identificación de genotipo.
Tratamiento	Sintomático

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

Cuadro 6. Principales manifestaciones clínicas de la rubéola congénita

Categoría	Manifestación específica
General	Muerte fetal (aborto espontáneo y mortinato), bajo peso al nacer y prematuridad.
Sistema Nervioso Central	Retraso mental, meningoencefalitis, microcefalia y cierre precoz de fontanela.
Sistema auditivo	Sordera neurosensorial unilateral o bilateral. Sordera central. Defectos del habla.
Sistema ocular	Cataratas: perlada, densa, nuclear y bilateral en el 50 % de los casos, macroftalmia, retinosis pigmentaria y glaucoma.
Sistema cardiovascular	Persistencia del conducto arterioso, estenosis de la válvula pulmonar, estenosis aórtica, coartación de la aorta, miocarditis, tetralogía de Fallot, defectos del tabique ventricular y cardiopatía congénita compleja.
Manifestaciones neonatales transitorias (infección extensa, alta mortalidad)	Trombocitopenia con o sin púrpura, hepatoesplenomegalia, lesiones purpúricas de la piel, osteopatía radiolúcida, adenopatías, ictericia y erupción crónica.
Manifestaciones de aparición tardía	Neumonitis intersticial de aparición tardía entre los tres y doce meses, diarrea crónica, diabetes mellitus insulinodependiente y tiroiditis.

Fuente: Adaptado de: Boloña M, Caviedes A, Franco S, Gómez X, Saldaña A. Rubéola congénita. Medicina. 2007 Aug 31;12(3):234–8. Disponible en: https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/301/262

b) Diagnósticos diferenciales

Para la identificación de casos sospechosos de SRC es necesario hacer uso de los diagnósticos diferenciales.

Cuadro 7. Diagnósticos diferenciales de SRC

Patología	Efecto en feto	Efecto en recién nacido	Tipo de malformación	Secuela
Rubéola	Aborto	Bajo peso, Hepatoesplenomegalia, Osteítis púrpura.	Cardiopatía, microcefalia, catarata	Sordera, retardo mental, diabetes, autismo, ceguera, degeneración del SNC
Citomegalovirus	-	Anemia, trombocitopenia, hepatoesplenomegalia, ictericia, encefalitis.	Microftalmia, retinopatía	Sordera, retardo psicomotor, calcificación cerebral
Varicela Zoster	-	Bajo peso, corioretinitis, varicela congénita o neonatal, encefalitis	Hipoplasia de miembros, atrofia cortical	Evolución fatal por infección secundaria
Picornavirus, Coxackie echovirus	Aborto	Enfermedad febril leve, enfermedad sistémica grave.	Posible cardiopatía, miocarditis	Déficit neurológico
Herpes simples	Aborto	Enfermedad sistémica grave, lesiones vesículosas, retinopatía.	Microcefalia, retinopatía, calcificaciones cerebrales.	Déficit motor
VIH	-	SIDA	-	SIDA
Hepatitis B	-	Hbs Ag asintomático, bajo peso, hepatitis aguda	-	Hepatitis crónica, HbsAg
Parvovirus B19	Mortinato Hidropesía fetal	Mortinato	-	-
Toxoplasma gondii	Aborto	Bajo peso, hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia.	Hidrocefalia, microcefalia	Corioretinitis, retardo mental.
Sífilis (*Treponema pallidum)*	Mortinato	Lesiones de piel, hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia.	-	Tibia en sable, dientes de Hutchinson.
Malaria	Aborto	Hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia, vómitos.	-	-
Chagas (*Tripanosoma cruzi)*	Aborto	Bajo peso, hepatoesplenomegalia, ictericia, falla cardiaca, encefalitis.	Catarata	Miocarditis, acalasia.
Zika	Muerte fetal, prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios, microcefalia, y calcificaciones cerebrales.	Bajo peso, hiperreflexia, irritabilidad, tremor.	Ventriculomegalia, microcefalia, hipoplasia del nervio óptico, manchas pigmentarias focales en retina, déficit auditivo, cutis gyrata, artrogriposis.	Síndrome de Guillain-Barré, neuropatía y mielitis.

Fuente: Modificado de Dudgeon JA. Congenital Rubella. J Pediatrics 1975; 6:1978_1086 y Cooper LZ. The history and medial cosequences of Rubella. Rev Infect Dis 1985; 7(1Suppl):S2-S10.

c) Diagnóstico de laboratorio

Para el diagnóstico de la enfermedad de rubéola y SRC se realizarán las siguientes pruebas.

- **Prueba de ELISA para determinación de anticuerpos específicos IgM en suero sanguíneo para sospecha de rubéola:** el periodo para la toma de muestra sanguínea es a partir del día cero hasta los 30 días de inicio de exantema.
  Para casos sospechosos de SRC, el tiempo para la toma de la muestra sanguínea es desde la identificación al nacimiento hasta los 12 meses de edad.
- **Prueba de ELISA para determinación de anticuerpos específicos IgG en suero sanguíneo para sospecha de rubéola:** el periodo para la toma de muestra sanguínea es a partir del día cero hasta los 30 días de evolución de inicio de exantema.
  Siempre que se obtenga un resultado IgM positivo o indeterminado para rubéola, se solicitará una segunda muestra de suero, la cual debe ser tomada a los 14 a 20 días después de haberse tomado la primera, para realizar la cuantificación de anticuerpos IgG en las dos muestras del caso (sueros pareados).
  - Para casos sospechosos de SRC: Al obtener un resultado IgM positivo o indeterminado, se solicitará una segunda muestra de suero, la cual debe ser tomada a los 30 días después de haberse tomado la primera, para realizar la cuantificación de anticuerpos IgG en las dos muestras del caso (sueros pareados).
  - En el caso de la seroconversión: Si se trata de una infección aguda de rubéola, se espera encontrar en la segunda muestra un aumento significativo de anticuerpos 4 veces mayor al nivel de la primera muestra; y se podría confirmar el caso correlacionando con los datos clínicos y epidemiológicos. Para el caso de SRC se considera de un aumento de 2 veces mayor al nivel de la primera muestra; si no hay aumento significativo o se mantienen estables los títulos de anticuerpos IgG entre la segunda y primera muestra, se descarta el caso.
- **Detección del virus por RT-PCR en tiempo real en secreción nasofaríngea, nasal o faríngea y de orina:** el periodo para toma de muestra es a partir del día cero hasta los 7 días de inicio de exantema en el caso de rubéola. Para el SRC desde la identificación en el menor de un año.
- **Prueba de avidez de anticuerpos de IgG específicos:** Es una prueba complementaria para diferenciar respuestas inmunes primarias y secundarias. El periodo para toma de muestra sanguínea es desde el día cero hasta el día 30 de inicio de exantema. Para esta prueba se requiere previo análisis del caso para valorar su aplicación. Prueba referida y realizada en el laboratorio especializado mundial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.
- **Aislamiento del virus por cultivo viral en secreción nasofaríngea, orofaríngeo, nasal y de orina:** El periodo para toma de muestra sanguínea en los casos sospechosos de Rubéola es desde el día cero hasta el día 30 de inicio de exantema y para los casos sospechosos de SRC en el menor de un año. Prueba referida y realizada en el laboratorio especializado mundial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

- **Prueba de secuenciación e identificación de genotipo:** Prueba referida y realizada en el laboratorio especializado mundial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Cuadro 8. Descripción de muestras de laboratorio clínico para identificación de rubéola

Evento	Tipo de prueba	Tipo de muestra	Requerimientos de las muestras	Tiempo de toma de la muestra	Transporte de la muestra	Observaciones
Rubéola	Determinación de anticuerpos específicos IgM e IgG	Suero sanguíneo 1 – 2 ml	Utilizar vial estéril de tapón de rosca o tubo sin adherente (aditivo), correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra.	A partir del día cero hasta el día 30 de inicio del exantema	Las muestras deben transportarse inmediatamente al LNSP, utilizando el sistema de triple embalaje y en condiciones de refrigeración conservando temperatura entre 2°C a 8°C Se debe incluir en el envío de las muestras, el Formulario VIGEPES 02 completo y correctamente llenado.	Las muestras (sangre, hisopado nasofaríngeo y orina), se deben tomar de forma obligatoria y simultánea al primer contacto del caso sospechoso en el establecimiento de salud.
	Detección del virus por RT-PCR y Aislamiento del virus (cultivo viral).	Hisopado nasofaríngeo	Utilizar 2 hisopos estériles de poliéster, dacrón, rayón o nylon con mango plástico flexible y 1 tubo con medio de transporte viral (MTV), correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra.	Del día cero al día 7 a partir del inicio del exantema		
		Orina	Utilizar frasco recolector			

			de orina estéril, boca ancha, tapón de rosca y cierre hermético, correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra.			

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

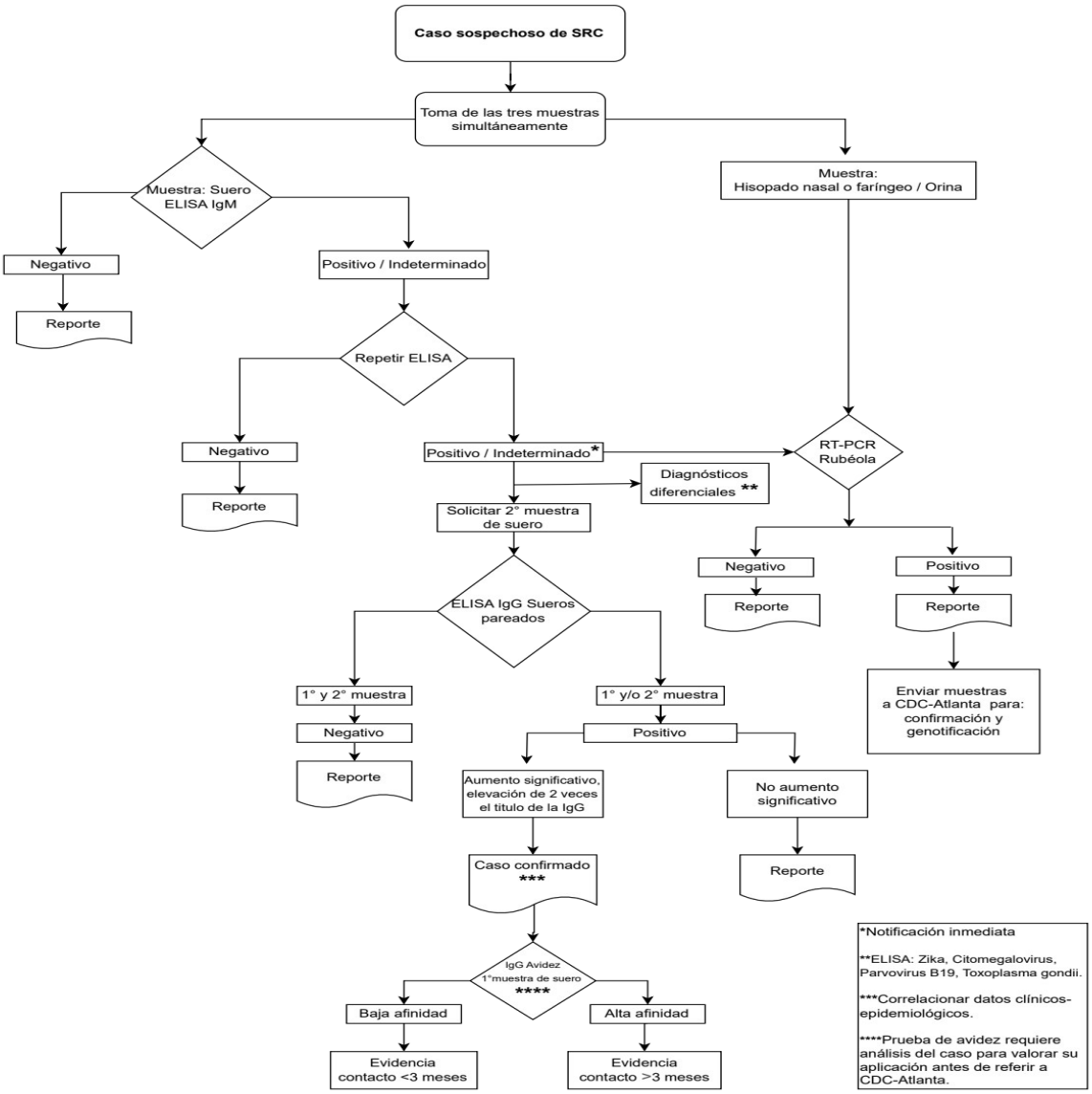
Cuadro 9. Descripción de muestras de laboratorio clínico para identificación de SRC

Evento	Tipo de prueba	Tipo de muestra	Requerimientos de las muestras	Tiempo de toma de muestra	Transporte de la muestra	Observaciones
Síndrome de rubéola congénita	Determinación de anticuerpos específicos IgM e IgG	Suero sanguíneo 1–2 ml	Utilizar vial estéril de tapón de rosca o tubo sin adherente (aditivo), correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra.	Desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad del caso sospechoso	Las muestras deben transportarse inmediatamente al LNSP, utilizando el sistema de triple embalaje y en condiciones de refrigeración conservando temperatura entre 2°C a 8°C. Se debe incluir en el envío de las muestras, el Formulario VIGEPES 02 completo y correctamente llenado.	Las muestras (sangre, hisopado nasal o faríngeo y de orina), se deben tomar de forma obligatoria y simultánea desde el momento de su detección.
	Detección del virus por RT-PCR. Aislamiento del virus (cultivo viral)	Hisopado nasal o faríngeo	Utilizar un hisopo estéril de poliéster, dacrón, rayón o nylon con mango plástico flexible y Un tubo con medio de transporte viral (MTV), correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad,			

			número de expediente y tipo de muestra.			
		Orina	Utilizar bolsa pediátrica estéril recolectora de orina o frasco estéril, boca ancha, tapón de rosca y cierre, correctamente identificado con nombre completo del paciente, edad, número de expediente y tipo de muestra.			

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

Figura 2. Flujograma de laboratorio para diagnóstico de rubéola y/o síndrome de rubéola congénita



Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

d) Tratamiento

Sintomático. Al identificar un caso sospechoso de SRC desde el nacimiento se deberá referir a las especialidades correspondientes.

VI. Vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita

1. Definiciones de caso

Cuadro 10. Definiciones operativas para los casos de sarampión, rubéola y SRC

Definiciones operacionales	
Clasificación de caso sarampión/rubéola	
Caso de enfermedad febril eruptiva (sarampión/rubéola)	Todo paciente que presente fiebre y exantema maculopapular o de quien un trabajador de salud sospeche que padece sarampión o rubéola.
Caso confirmado por laboratorio o por vínculo epidemiológico	Caso sospechoso de sarampión o rubéola con resultados positivos en las pruebas de laboratorio o que tiene vínculos epidemiológicos con un caso confirmado por laboratorio. *Resultados positivos de laboratorio: • Prueba serológica positiva para anticuerpos de inmunoglobulina M (IgM). • Aumento significativo en la concentración de inmunoglobulina G (IgG) entre una muestra de suero de la fase aguda y otra de la fase convaleciente. • Aislamiento del virus en líneas celulares (cultivo viral). • Detección de ácido ribonucleico (ARN) viral mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR). • Secuenciación genética del genoma viral.
Caso de sarampión confirmado mediante criterios clínicos	Caso sospechoso con fiebre y exantema maculopapular (sin vesículas) y, por lo menos, uno de los siguientes signos: tos, rinitis o conjuntivitis; pero sin una muestra clínica adecuada ni vínculos epidemiológicos con un caso confirmado por laboratorio o con un caso confirmado por vínculo epidemiológico de sarampión o de otra enfermedad transmisible. Únicamente La Comisión Nacional de Certificación de la Sostenibilidad en la Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, serán quienes confirmarán el caso tras examinar la evidencia clínica y epidemiológica.
Caso de rubéola confirmado mediante criterios clínicos	Caso sospechoso con fiebre y exantema maculopapular (sin vesículas) y, por lo menos, uno de los siguientes signos: artritis, artralgia o linfadenopatía; pero sin una muestra clínica adecuada ni vínculos epidemiológicos con un caso confirmado por laboratorio o con un caso confirmado por vínculo epidemiológico de rubéola o de otra enfermedad transmisible. Únicamente La Comisión Nacional de Certificación de la Sostenibilidad en la Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, serán quienes confirmarán el caso tras examinar la evidencia clínica y epidemiológica.
Caso relacionado con la vacuna	Caso sospechoso que cumpla con los cinco criterios siguientes: 1. El paciente presentaba una enfermedad exantemática, pero no presentó

	tos ni otros síntomas respiratorios relacionados con el exantema. 2. El exantema comenzó entre 7 y 14 días después de la aplicación de una vacuna contra el sarampión; en el caso de la vacuna contra la rubéola, el exantema puede aparecer entre 7 y 23 días después de la vacunación. 3. La muestra de sangre, que dio positivo para inmunoglobulina M (IgM) contra el sarampión e IgM contra la rubéola, se obtuvo entre 8 y 56 días después de la vacunación. 4. En una investigación de campo exhaustiva no se detectó ningún caso secundario. 5. No fue posible detectar otras causas por medio de investigaciones de campo y pruebas de laboratorio o se aisló el genotipo A del caso sospechoso (el genotipo A es exclusivamente de origen vacunal y no es un agente causal de una infección por virus salvaje). Únicamente La Comisión Nacional de Certificación de la Sostenibilidad en la Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, serán quienes confirmarán el caso tras examinar la evidencia clínica y epidemiológica.
Caso descartado	Caso sospechoso con una investigación adecuada y en el que se descarta la enfermedad cuando se cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1. Resultados de laboratorio negativos obtenidos en un laboratorio competente, en una muestra adecuada recolectada dentro del plazo adecuado después del inicio del exantema. 2. Vínculo epidemiológico con un brote confirmado por laboratorio de otra enfermedad transmisible distinta del sarampión o la rubeola. 3. Confirmación de otra etiología. 4. Incumplimiento de las definiciones clínicas de los casos de sarampión y rubeola. 5. El Comité Nacional de Sostenibilidad descartó el caso tras examinar la evidencia clínica y epidemiológica.
Clasificación de caso de Síndrome de rubéola congénita	
Caso sospechoso	Todo niño o niña menor de un año de quien un profesional de salud sospeche SRC al detectar uno o más de los siguientes criterios o patología según cada enunciado: a) La madre haya tenido historia de enfermedad febril eruptiva o confirmación de infección por rubéola durante el embarazo. b) Desde el nacimiento presente uno o más de los siguientes: cataratas, glaucoma, retinopatía pigmentaria, hepatomegalia, esplenomegalia, defectos cardíacos, sordera, microcefalia, o púrpura. c) En niños y niñas que durante sus controles o seguimientos se diagnostiquen con anomalías congénitas cardíacas, microcefalia o hipoacusia. Persistencia del conducto arterioso (PCA), estenosis de la arteria pulmonar (EAP), comunicación interventricular (CIV).
Caso confirmado por laboratorio	Caso con criterios clínicos indicativos de SRC y con resultado de laboratorio

	positivo.
Caso confirmado mediante criterios clínicos	Caso sospechoso que no está confirmado por laboratorio ni tiene evidencia de alguna otra etiología. Únicamente La Comisión Nacional de Certificación de la Sostenibilidad en la Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, serán quienes confirmarán el caso tras examinar la evidencia clínica y epidemiológica.
Infección por rubéola congénita (IRC) sin SRC	Todo menor de un año que presenta pruebas positivas al anticuerpo de IgM contra la rubéola sin criterios clínicos compatibles con caso sospechosos de SRC. Estos casos deben ser descartados por no corresponder al SRC, y clasificados como infección por rubéola congénita (IRC), pero se deben instituir medidas de control de la infección apropiadas para casos sospechosos de SRC ya que es probable que los lactantes con SRC e IRC eliminen el virus de la rubéola por un año, y sean muy infecciosos, el cual dependerá de los resultados de cultivos nasal o faríngeo y de orina.
Casos descartados de SRC	IgM negativas e IgG pareadas en descenso (disminución en cuatro títulos) con intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primera muestra tomada y la segunda.
Clasificación de los casos según el origen de la infección	
Caso endémico	Caso confirmado que, según la evidencia epidemiológica y virológica, forma parte de una cadena de transmisión endémica, lo que significa que el virus detectado (con el mismo genotipo y linaje) ha estado circulando en un país durante un período de 12 meses o más.
Caso importado	Caso confirmado que, según la evidencia epidemiológica o virológica, estuvo expuesto fuera del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, en el caso del sarampión, o durante los 12 a 23 días anteriores en el caso de la rubeola. Para el caso de SRC: caso confirmado cuya madre adquirió la infección por el virus de la rubéola fuera del país.
Caso relacionado con la importación	Infección adquirida localmente y que forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado el cual está sustentado en evidencias epidemiológicas, virológicas o ambas. Para el caso de SRC: caso confirmado cuya madre, según pruebas epidemiológicas y/o virológicas, estuvo expuesta localmente al virus y formó parte de una cadena de transmisión que se inició con un caso importado.
Caso de fuente desconocida	Caso confirmado en el que no fue posible determinar la fuente de infección.
Brote epidémico	La presencia de uno o más casos confirmados de sarampión en la era actual de post-eliminación se constituye en un brote (basta un solo caso).
Contacto de sarampión o rubéola	Son todas aquellas personas que estuvieron en contacto con el caso sospechoso o confirmado y han estado expuestos, en algún momento, durante el periodo de transmisibilidad en las áreas geográficas donde conviven en forma cercana y comparten los mismos espacios cerrados, ejemplo: escuela, oficina, fábrica, iglesia, trabajo, etc. incluyendo los desconocidos. Debido a que la excreción viral se inicia durante el periodo de incubación y continúa durante el periodo de transmisibilidad, se puede esperar que el aparecimiento de casos secundarios se produzca hasta 30 días después de la fecha del inicio del exantema del caso confirmado.

Fuente: Marco Regional para el monitoreo y la Reverificación de la eliminación de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita en la Región de las América, año 2022.

2. Detección y notificación de casos sospechosos de enfermedad febril eruptiva (sarampión, rubéola) y síndrome de rubéola congénita

a) Todo caso sospechoso debe ser evaluado y notificado en el formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-01), por médico tratante en las primeras veinticuatro horas e indicar la toma de muestras de laboratorio llenando el formulario para solicitud de examen de laboratorio por enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-02). Además, llenar el numeral tres del formulario para investigación y cierre de enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-03). Ver Anexo 1.

b) Digitar el VIGEPES-01 en el sistema por el establecimiento que detecta el caso o enviar la hoja de notificación al SIBASI correspondiente en las primeras 24 horas después de detectado el caso.

c) Tomar muestras para estudio serológico y viral: sangre, orina e hisopado nasofaríngeo, en el momento de su detección y completar formulario VIGEPES-02 por la persona encargada de toma de la muestra.

d) Enviar las muestras y el formulario VIGEPES-02 completamente lleno al LNSP en las siguientes veinticuatro horas posteriores a la toma, utilizando el sistema básico de triple embalaje conservando cadena de frio. Las muestras que no se envíen de forma inmediata, se deberán conservar y almacenar a una temperatura de 2°C a 8°C y coordinar el envío oportuno. En el caso de día viernes, garantizar la adecuada conservación y enviarlas a primera hora el día lunes (lo que implica un máximo de 72 horas), para el caso de días festivos LNSP mantiene horarios según roles de turno.

3. Investigación y seguimiento de casos sospechosos de sarampión, rubéola, (enfermedad febril eruptiva) y síndrome de rubéola congénita

Ante una sospecha de una infección por el virus del sarampión o rubéola, se deben tomar medidas para reducir la transmisión mucho antes de que se pueda confirmar, estas actividades deben realizarse en un periodo máximo de 48 horas.

El coordinador del equipo de respuesta rápida o referente local de epidemiología, donde reside el caso deberá de registrar en el formulario VIGEPES-03 las intervenciones comunitarias y registrarlas en el Sistema de Vigilancia en las primeras cuarenta y ocho horas de haber sido notificado.

Preparación

a) Para las visitas de campo debe formarse un equipo multidisciplinario (ERR local) conformado por referente de epidemiologia, médico director o su delegado, personal de enfermería, profesional de laboratorio clínico y promotores de salud. El cual deberá ir preparado con materiales e insumos de laboratorio, vacunación y protección personal para las respectivas intervenciones.
b) Solicitar la evidencia de vacunación para indagar el estado vacunal del personal de salud que realizara la investigación el cual debe de estar vacunado con una dosis de SPR o SR y de no estarlo se debe de vacunar SPR.

c) Investigar el estado vacunal del personal de salud que ha estado o está en contacto directo con el caso, este personal debería de estar vacunando con una dosis de SRP o SR.
d) Conocer los datos demográficos recientes según grupos de edad del distrito y área de donde procede el caso.
e) Conocer las coberturas de vacunación y tasas de deserción de SRP primera y segunda dosis del distrito y área de donde procede el caso.

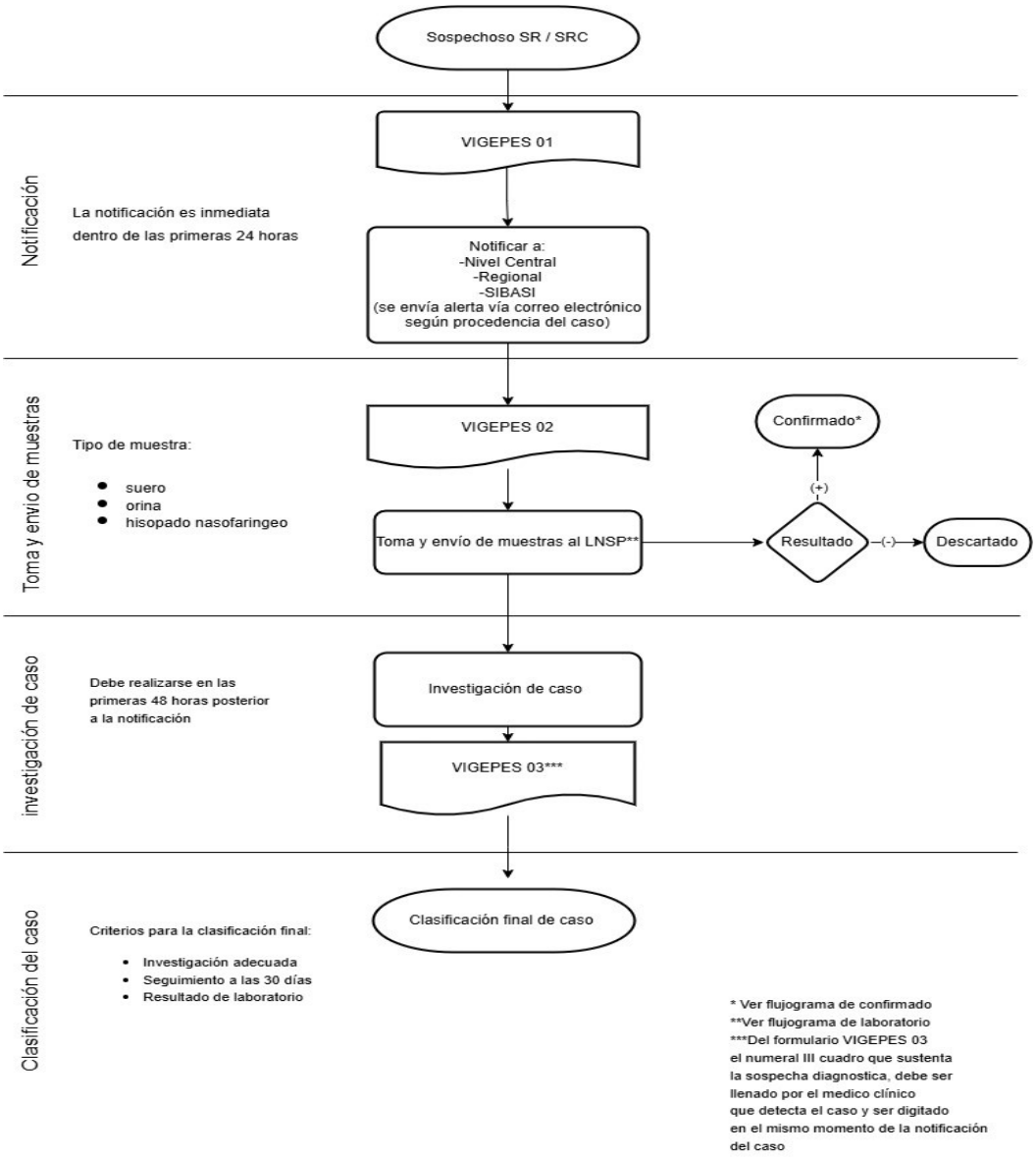
Acciones de campo

a) A partir de la notificación el referente de epidemiología o delegado, debe entrevistar al caso sospechoso para establecer la línea de tiempo y ruta crítica.
b) El equipo multidisciplinario realizará visita de campo al domicilio, comunidad, centro escolar, centros de atención de primera infancia, lugar de trabajo, y/o lugares visitados para identificar nuevos casos y los contactos.
c) Si un contacto identificado cumple definición de caso sospechoso dentro del periodo de incubación máximo, se iniciará un nuevo ciclo de la vigilancia e investigación.
d) Búsqueda de población susceptible.
e) Realizar monitoreo rápido de vacunación en menores de cinco años, previo a las acciones de vacunación, siguiendo la ruta crítica del caso sospechoso, a completar 20 niños efectivos en la comunidad del domicilio del caso.
f) Realizar estrategias de vacunación iniciando o completando esquema de vacunación con SRP a los menores de cinco años y anotarlos en los registros diarios de vacunación por procedencia.
g) Brindar información sobre medidas de prevención de la enfermedad y promover actividades de vacunación a la población intervenida.
h) Realizar un informe de investigación de caso sospechoso en las primeras 48 horas a partir de la notificación. Ver Anexo 2.

Seguimiento y cierre

a) Completar el informe de investigación de caso y el llenado del VIGEPES 03 con el seguimiento a los 30 días.
b) Realizar clasificación final del caso en VIGEPES 03 de EFE y SRC con el cumplimiento de los siguientes criterios: Registro de visita de 48 horas , registro de datos clínicos, registro de visita de 30 días, resultados del laboratorio (Esta clasificación deberá realizarla única y exclusivamente el epidemiólogo del SIBASI correspondiente según el distrito de procedencia del caso y se realizará a los 30 días después de la notificación del caso). Aplica todas las notificaciones de caso que sean realizadas por las instituciones de SNIS.
c) En el caso sospechoso de ser un paciente procedente de otro país se debe notificar a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) para la realización de intervenciones correspondientes.

Figura 3. Flujograma de vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y SRC



Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2025.

4. Indicadores de vigilancia de casos sospechosos de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita

Para el cumplimiento integral de la vigilancia epidemiológica de SR y SRC se describen los siguientes indicadores.

Cuadro 11. Indicadores de vigilancia epidemiológica integral de enfermedad febril eruptiva SR

Indicador	Criterio	Cumplimiento
Tasa de notificación	Tasa anual de casos sospechosos de enfermedad febril eruptiva (SR).	≥ 2 por 100,000 habitantes
	Número y porcentaje de Distritos que notifican al menos un caso de sospechosos de sarampión/rubéola.	≥ 80%
Investigación adecuada	Porcentaje de casos sospechosos con visita domiciliaria dentro de las 48 horas posteriores a la notificación. Porcentaje de casos sospechosos con 8 de los 11 datos siguientes: nombre o identificador, lugar de residencia, sexo, edad o fecha de nacimiento, fecha de la notificación, fecha de la investigación, fecha de inicio del exantema, fecha de la obtención de muestras, presencia de fiebre, fecha de la vacunación previa contra el sarampión y la rubéola, antecedentes de viajes.	≥ 80%
Indicadores del laboratorio	Número y porcentaje de casos con muestra de sangre tomada dentro de los 30 días siguientes al inicio del exantema.	≥ 80%
	Número y porcentaje de casos con muestra viral tomada dentro de los 7 días siguientes al inicio del exantema.	
	Número y porcentaje de muestra de sangre que llega al Laboratorio Nacional de Salud Pública dentro de los cinco días posteriores a la toma de la muestra.	
	Número y porcentaje de casos con resultados de laboratorio oportunos (menor o igual a 4 días).	

Fuente: Marco Regional para el monitoreo y la Re verificación de la eliminación de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita en la Región de las América, año 2022.

VII. Intensificación actividades de prevención y control ante casos confirmados

1. Sarampión y rubéola

Ante la confirmación de un caso de SR, el Laboratorio Internacional de Referencia notificará al LNSP, quien informará a las autoridades del Ministerio de Salud, Dirección de Inmunizaciones, Dirección de Epidemiología.

El punto focal del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) deberá notificar a las autoridades competentes del RSI en las primeras 24 horas de recibida la notificación.

Intensificación de acciones

Preparación

a) Para la investigación epidemiológica se activará el Equipo Respuesta Rápida Nacional (ERR-N) conformado por personal de Dirección de Epidemiología, Dirección de Inmunizaciones, Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, Unidad Nacional de Enfermería, Oficina de Enfermedades Infecciosas, Unidad de Transporte, Dirección de Comunicación y otros de acuerdo con necesidad.
b) El ERR-N realizará revisión documental e información recopilada del caso y acciones realizadas previamente por el equipo local.
c) Se organizará el equipo, designando los roles y funciones para determinar aspectos de logística, instrumentos, equipos e insumos de acuerdo con lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Implementación de los Equipos de Respuesta Rápida.
d) Elaborar definición operacional de caso sospechoso y contacto.
e) Las medidas de bioseguridad y el equipo de protección personal (EPP) a utilizar serán: mascarilla KN95 o similar, protección ocular y lavado de manos con la técnica e insumos establecidos.
f) Investigar el estado vacunal del personal de salud de los miembros del equipo, vacunando con una dosis de SRP o SR al personal de salud susceptible.
g) Activación del Centro de Operaciones en Emergencias de Salud Pública (COESP) para la instauración de sala de crisis.

Actividades en campo

El ERR-N se desplegará a la zona del caso con previa coordinación con el nivel regional y local.

a) Re-entrevista al caso confirmado para identificar posible fuente de infección, ruta crítica y seguimiento de estado clínico.
b) Búsqueda activa de casos de acuerdo con la definición operacional de caso sospechoso y contacto.
c) Si un contacto identificado cumple definición de caso sospechoso dentro del periodo de incubación máximo, se iniciará un nuevo ciclo de la vigilancia e investigación.
d) Aislamiento (casos) y cuarentena (contactos):
    - El tipo de aislamiento y cuarentena será domiciliar y aquellos que requieran atención hospitalaria deberán ingresarse en área de aislados.
    - Los casos deberán permanecer en aislamiento durante su periodo de transmisibilidad; mientras que el periodo de cuarentena para los contactos corresponderá al periodo de incubación máximo, contado a partir de su último contacto con el caso. Ver cuadro de ficha técnica de sarampión.
    - Las medidas de aislamiento domiciliar y cuarentena se establecen en el anexo. Ver Anexo 3.

e) Para el transporte de pacientes con criterios de hospitalización el personal de salud deberá utilizar el EPP antes descrito y cumplir con las medidas de bioseguridad de acuerdo con las condiciones de riesgo y según procedimiento a realizar en el paciente. Utilizar gabachón si existe riesgo de contaminación con secreciones copiosas del paciente o si se realizan

procedimientos que faciliten la dispersión de aerosoles. Los pacientes transportados, deberán utilizar mascarilla quirúrgica, siempre y cuando su condición clínica lo permita.

f) Brindar información sobre medidas de prevención de la enfermedad y promover actividades de vacunación a la población intervenida.
g) Realizar un informe inicial de la investigación de caso confirmado en las primeras 24 horas. (formato establecido).

Actividades de vacunación

Otras directrices de vacunación no contempladas en este documento en relación con grupos de edades especifica y estrategias de áreas de responsabilidad a cubrir serán determinadas por la Dirección de Inmunizaciones previo visto bueno del titular.

a) Vacunar niños entre seis a once meses de edad una dosis de SPR (dosis cero) y programar la primera dosis del esquema de rutina al cumplir los doce meses y a los 18 meses la segunda dosis de SPR cumpliendo el intervalo mínimo de 4 semanas, registrando como dosis adicional.
b) Completar e iniciar esquema regular de vacunación según la edad correspondiente, registrando en la tarjeta de vacunación, registros diarios y tabuladores como esquema regular, sistema nacional de registro de vacunas y en el Sistema Integrado de Salud (SIS).
c) Establecer las actividades de vacunación elaborando un mapa y/o croquis de las zonas intervenidas siguiendo la ruta crítica.
d) Establecer coordinación intersectorial y determinar los recursos disponibles en todos los niveles (medios de transporte, vacunas, materiales de la cadena de frío, entre otros).
e) Establecer los equipos multidisciplinarios de niveles local, SIBASI, Regional para ejecutar las acciones de vacunación y monitoreo de vacunación en el antes, durante y post intervenciones visitando el 100% de la ruta crítica y cubriendo distritos, municipios, departamento y país según el riesgo identificado.
f) Intensificar las actividades de vacunación con una dosis de SPR o SR, a todos los contactos independientemente de la edad y su estado vacunal respetando las cuatro semanas previas de la aplicación de la vacuna SPR y SR en toda la ruta crítica.

Seguimiento y cierre

a) El seguimiento de los casos en aislamiento domiciliar se deberá realizar por el equipo de salud local diariamente a través de visita domiciliar o vía telefónica hasta la mejoría clínica y que finalice el periodo de transmisibilidad. Lo anterior podrá adaptarse de acuerdo a la condición clínica del paciente.
b) El seguimiento de contactos en cuarentena se deberá realizar por el equipo de salud local diariamente vía telefónica o a través de visita domiciliar hasta finalizar el periodo de incubación máximo, contado a partir de la fecha de su último contacto del caso.
c) Los equipos en campo deberán enviar un informe diario para monitoreo y análisis en sala de crisis, con el objetivo de coordinar la respuesta interinstitucional.
d) El cierre del brote se establecerá cuando se cumplan 12 semanas sin nuevos casos secundarios.

e) Completar el formulario para notificación y cierre de brote epidémico VIGEPES 05, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador VIGEPES.
f) Al cierre del brote se deberá elaborar un informe final por nivel local y nacional contemplando los elementos clínicos, epidemiológicos, las acciones de prevención y control realizadas.
g) Cumplimiento de los criterios para la verificación de interrupción de brotes de sarampión: epidemiológicos, de vacunación y de laboratorio.

Cuadro 12. Criterios de verificación de interrupción de brotes de sarampión

Criterio	Características
Epidemiológico	• Ausencia de casos de sarampión confirmados durante 12 semanas después del inicio del exantema del último caso confirmado. • Clasificación final de todos los casos sospechosos notificados en las últimas 12 semanas en los municipios en los que circuló el virus. • Documentación de las actividades de rastreo de contactos para todos los casos confirmados notificados durante los últimos 21 días (el tiempo equivalente a un período de incubación) del brote. El período de seguimiento de los contactos es de 30 días. • Notificación semanal negativa en 80% de las unidades notificadoras a nivel subnacional en las que se notificó el brote. • Búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión o rubéola en los establecimientos de salud y las comunidades ubicadas en: ✓ Los municipios con silencio epidemiológico a nivel subnacional que notificaron casos de sarampión o rubeola. ✓ Los municipios en los que se notificaron casos dentro de las 12 semanas siguientes a la notificación del último caso confirmado de sarampión o rubeola. • Cumplimiento homogéneo de los indicadores de vigilancia a nivel nacional y subnacional (logro ≥ 80%) en el año en curso.
Vacunación	• Resultados de las actividades de monitoreo rápido de la vacunación, efectuadas por supervisores externos en municipios de alto riesgo en los que se cumpla al menos uno de los criterios que se indican a continuación: • Zonas con elevada afluencia de turistas, migrantes, en las que haya barrios marginales o comunidades indígenas • Zonas fronterizas en las que la movilidad de la población es alta • Zonas de difícil acceso (debido a las características geográficas, culturales, etc.) • Zonas de alta densidad de población • Zonas de intensa actividad comercial (en las que haya ferias, mercados, centros comerciales, etc.) o que estén muy industrializadas • Zonas en las que haya coberturas de vacunación bajas o tasas de deserción altas (SRP1 frente a Penta1) • Zonas con silencio epidemiológico (sin notificación de casos sospechosos al sistema de vigilancia) • Informe sobre las metas de cobertura con dos dosis de vacuna triple viral para el año en curso a nivel nacional, departamental, municipal y distrito.
Laboratorio	Resultados de la búsqueda activa de casos mediante pruebas de laboratorio de conformidad con las orientaciones (si existen muestras de casos notificados de dengue, chikunguña, zika y otra enfermedad arboviral, se deben procesar para la detección de IgM sarampión o rubeola).

Fuente: Marco Regional para el monitoreo y la Re verificación de la eliminación de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, año 2022.

2. Síndrome de rubéola congénita

Ante la confirmación de un caso de SRC, el Laboratorio Internacional de Referencia notificará al LNSP, quien informará a: Autoridades del Ministerio de Salud, Dirección de Inmunizaciones, Dirección de Epidemiología.

El punto focal del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) deberá notificar a las autoridades competentes del RSI en las primeras 24 horas de recibida la notificación.

Intensificación de acciones

Preparación

a) Para la investigación epidemiológica se activará el Equipo Respuesta Rápida Nacional (ERR-N) conformado por personal de Dirección de Epidemiología, Dirección de Inmunizaciones, Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, Unidad Nacional de Enfermería, Oficina de Enfermedades Infecciosas, Unidad de Transporte, Dirección de Comunicación y otros de acuerdo con necesidad.
b) El ERR-N realizará revisión documental e información recopilada del caso y acciones realizadas previamente por el equipo local (estado vacunal de la madre, viajes realizados durante 23 días antes de la concepción o hasta la semana 24 de gestación, nexo epidemiológico, antecedente de rubéola o de enfermedad febril eruptiva durante el embarazo).
c) Se organizará el equipo, designando los roles y funciones para determinar aspectos de logística, instrumentos, equipos e insumos de acuerdo con lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la implementación de los equipos de respuesta rápida*.
d) Elaborar definición operacional de caso sospechoso y contacto.
e) Las medidas de bioseguridad y el equipo de protección personal (EPP) a utilizar serán: mascarilla KN95 o similar, protección ocular y lavado de manos con la técnica e insumos establecidos.
f) Investigar el estado vacunal del personal de salud de los miembros del equipo, vacunando con una dosis de SR o SPR al personal de salud susceptible.
g) Censo de contactos médicos- asistenciales: averiguar antecedente vacunal de rubéola en el personal que atiende el parto.
h) Activación del Centro de Operaciones en Emergencias de Salud Pública (COESP) para la instauración de sala de crisis.

Actividades en campo

El ERR-N se desplegará a la zona del caso con previa coordinación con el nivel regional y local.

a) Entrevista al encargado del caso confirmado para corroborar antecedentes de madre con historia de enfermedad febril eruptiva o confirmación de infección por rubéola durante el embarazo, ruta crítica y seguimiento de estado clínico.
b) Búsqueda activa de casos de acuerdo con la definición operacional de caso sospechoso y contacto.
c) Si un contacto identificado cumple definición de caso sospechoso dentro del periodo de incubación máximo, se iniciará un nuevo ciclo de la vigilancia e investigación.

d) Respecto al aislamiento (casos) y cuarentena (contactos):
    - El tipo de aislamiento y cuarentena será domiciliar y aquellos que requieran atención hospitalaria deberán ingresarse en área de aislados.
    - Debido a que los casos de SRC pueden excretar virus por varios meses, las personas susceptibles a la rubéola que tengan contacto con estos casos deben inmunizarse. Los niños con SRC deben mantenerse en aislamiento, en la consulta externa, servicios de hospitalización y en el domicilio. Estas precauciones deben mantenerse durante el primer año de vida del niño, hasta obtener resultados negativos de exámenes de detección viral con un intervalo de un mes en niños mayores de 3 meses de edad.
    - Las medidas de aislamiento domiciliar y cuarentena se establecen en el anexo. Ver Anexo 4.

e) Para el transporte de pacientes con criterios de hospitalización, el personal de salud deberá utilizar el EPP antes descrito y cumplir con las medidas de bioseguridad de acuerdo con las condiciones de riesgo y según procedimiento a realizar con el caso. Utilizar gabachón si existe riesgo de contaminación con secreciones del paciente o si se realizan procedimientos que faciliten la dispersión de aerosoles. Los pacientes deberán ser transportados en una incubadora o cuna cerrada que contribuya al aislamiento de su entorno.

f) Brindar información sobre medidas de prevención de la enfermedad y promover actividades de vacunación a la población intervenida.

g) Realizar un informe inicial de la investigación de caso confirmado en las primeras 24 horas. (formato establecido). Anexo 2.

Actividades de vacunación

Otras directrices de vacunación no contempladas en este documento en relación con grupos de edades especifica y estrategias de áreas de responsabilidad a cubrir serán determinadas por la Dirección de Inmunizaciones previo visto bueno del titular.

a) Vacunar niños entre seis a once meses de edad una dosis de SPR (dosis cero) y programar la primera dosis del esquema de rutina al cumplir los doce meses y a los 18 meses la segunda dosis de SPR cumpliendo el intervalo mínimo de 4 semanas, registrando como dosis adicional.

g) Completar e iniciar esquema regular de vacunación según la edad correspondiente, registrando en la tarjeta de vacunación, registros diarios y tabuladores como esquema regular, sistema nacional de registro de vacunas y en el Sistema Integrado de Salud (SIS).

h) Establecer las actividades de vacunación elaborando un mapa y/o croquis de las zonas intervenidas siguiendo la ruta crítica.

i) Establecer coordinación intersectorial y determinar los recursos disponibles en todos los niveles (medios de transporte, vacunas, materiales de la cadena de frío, entre otros).

j) Establecer los equipos multidisciplinarios de niveles local, SIBASI, Regional para ejecutar las acciones de vacunación y monitoreo de vacunación en el antes, durante y post intervenciones visitando el 100% de la ruta crítica y cubriendo distritos, municipios, departamento y país según el riesgo identificado.

k) Intensificar las actividades de vacunación con una dosis de SPR o SR, a todos los contactos independientemente de la edad y su estado vacunal respetando las cuatro semanas previas de la aplicación de la vacuna SPR y SR en toda la ruta crítica.

Seguimiento y cierre

a) El seguimiento de los casos en aislamiento domiciliar se deberá realizar por el equipo de salud local diariamente a través de visita domiciliar o vía telefónica hasta la mejoría clínica y que finalice el periodo de transmisibilidad. Lo anterior podrá adaptarse de acuerdo a la condición clínica del paciente.
h) El seguimiento de contactos en cuarentena se deberá realizar por el equipo de salud local diariamente vía telefónica o a través de visita domiciliar hasta finalizar el periodo de incubación máximo, contado a partir de la fecha de su último contacto del caso.
i) En caso de que el contacto sea una mujer embarazada, se procederá a realizar una serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG frente a rubéola lo antes posible. Si el resultado inicial es negativo para ambos marcadores, se repetirá la serología en un plazo de 3 a 4 semanas. En caso de persistir la negatividad, se obtendrá una tercera muestra para serología a las 6 semanas. Si esta última muestra también resulta negativa, se descartará la infección por rubéola.
j) Los equipos en campo deberán enviar un informe diario para monitoreo y análisis en sala de crisis, con el objetivo de coordinar la respuesta interinstitucional.
k) El brote se considerará cerrado tras transcurrir dos períodos de incubación completos (desde el último caso confirmado de rubéola en la comunidad) sin que se detecten nuevos casos SRC o rubéola en la población. este cierre será realizado por el SIBASI correspondiente según el distrito de procedencia. Los niños diagnosticados con SRC serán considerados fuentes de infección hasta el año de edad, a menos que, después de los tres meses de vida, los anticuerpos específicos resulten negativos.
l) Completar el formulario para notificación y cierre de brote epidémico VIGEPES 05, de acuerdo con lo establecido en los *Lineamientos técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador VIGEPES*.
m) Al cierre del brote se deberá elaborar un informe final por nivel local y nacional contemplando los elementos clínicos, epidemiológicos, las acciones de prevención y control realizadas.

Todo caso que no puede ser confirmado por laboratorio debe ser discutido por la Comisión Nacional para la Verificación de la Sostenibilidad en la Eliminación del Sarampión, Rubéola y SRC, quienes dan la clasificación final del caso, en base a los siguientes criterios clínicos:

Grupo A

- Oculares: cataratas congénitas, glaucoma congénito, microftalmía y retinopatía pigmentaria (lesiones en sal y pimienta).
- Cardíacas: persistencia del conducto arterioso (PCA), estenosis de la arteria pulmonar (EAP), comunicación interventricular (CIV).
- Discapacidad auditiva.

Grupo B

- Púrpura.
- Hepatoesplenomegalia.
- Microcefalia.
- Enfermedad ósea radioluscente: osteítis.
- Meningoencefalitis.
- Ictericia a predominio directo en las primeras veinticuatro horas.

VIII. Vigilancia activa y comunitaria

1.Vigilancia activa de casos sospechosos de sarampión, rubéola

La búsqueda activa de casos es una estrategia de vigilancia activa realizada en los servicios de salud (búsqueda activa institucional - BAI), en las comunidades (búsqueda activa comunitaria - BAC), y en el laboratorio (búsqueda activa por laboratorio – BAL) por medio de estudios o monitoreos específicos que incorporan una acción proactiva de búsqueda, que permite conocer el registro y notificación de casos.

En este tipo de vigilancia, el equipo de salud acude a la fuente de información (ej. registro de egresos hospitalarios) para realizar una búsqueda retrospectiva intencional de casos que cumplan con la definición de casos de sarampión y rubéola (SR) y que fueron o no captados por el sistema de vigilancia de rutina.

Este tipo de vigilancia no reemplaza a la vigilancia pasiva rutinaria de las enfermedades prevenibles por vacunas (EPV).

a) **Acciones generales**
   1. El equipo de salud de SIBASI y Regional, debe supervisar, monitorear y apoyar técnicamente al Nivel Local en la realización y garantizar el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos para la vigilancia activa.
   2. Llenar los formularios de búsqueda activa, Anexos 5, 6 y 7, consolidarlo según Anexos 8 y 9, según lo establecido en el marco regulatorio vigente.

b) **Metodología para la búsqueda activa institucional de casos sospechosos de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita**
   1. Para realizar la vigilancia activa se debe integrar un equipo local de salud responsable de la búsqueda, conformado al menos por un epidemiólogo o médico y una enfermera, adicionalmente pueden incorporarse otras disciplinas del personal de salud local dependiendo del volumen de registros a revisar.
   2. Revisar las fuentes de información de donde se obtendrán todos los casos compatibles de enfermedad febril eruptiva y SRC semanalmente, estos son:
      - Expediente clínico.
      - Sistema de información vigente.
      - Registros diarios de consulta de los establecimientos del SNIS.

Esta búsqueda que se realiza semanalmente por los establecimientos del SNIS se debe consolidar mensualmente a nivel regional y se enviará a la Dirección de Inmunizaciones para realizar el Consolidado Nacional.

Los diagnósticos y códigos de la CIE-10 correspondientes a enfermedades febriles eruptivas (compatibles con sarampión y rubéola) a revisar en el establecimiento son los siguientes:

Cuadro 13. Diagnósticos y códigos de la CIE-10 correspondientes a enfermedades febriles eruptivas

Diagnóstico	CIE 10
Sarampión	B05
Rubéola	B06
Enfermedad de Kawasaki	M30.3
Escarlatina	A38
Dengue	A90
Mononucleosis	B27
Roséola o exantema súbito (sexta enfermedad)	B08.2
Eritema infeccioso (quinta enfermedad)	B08.3
Estomatitis vesicular enteroviral con exantema	B08.4
Infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones en la piel y las membranas mucosas	B08.8
Infección viral no especificada, caracterizada por lesiones en la piel y las membranas mucosas	B09.0
Eruptiva febril	S/C
Enfermedad exantemática-sífilis secundaria	S/C

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-11), año 2022.

3. Verificar que todos los casos encontrados cumpla con la definición de caso de sarampión, rubéola y SRC, revisando en las fuentes de información, si han sido notificados en el Sistema de Vigilancia.
4. Se deben implementar acciones para mejorar la calidad de la notificación, investigación y clasificación si se obtienen resultados menores al 80%.
5. Elaborar recomendaciones, sugerencias y compromisos de acciones de mejora y dejar constancia en libro de supervisión.
6. Digitar la información de búsqueda activa en el tabulador respectivo.
7. Si se encuentra un caso que no fue notificado oportunamente se procede a lo siguiente:
    - Notificación en VIGEPES, debiendo llenar los formularios correspondientes.
    - Tomar y enviar las muestras de acuerdo al periodo de la identificación del caso.
    - Cumplir lo establecido en los presentes lineamientos en lo referente a investigación y seguimiento de casos identificados.

c) Criterios para la búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de sarampión y rubéola

La búsqueda activa comunitaria es la indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos de sarampión o rubéola que pueden estar ocurriendo, o pudieron haberse presentado en la comunidad y que no hayan consultado a una institución prestadora de servicios de salud, por lo tanto, no han sido detectados por el sistema de vigilancia rutinaria. La búsqueda activa comunitaria se inicia a partir de:

1. La notificación, a través del sistema de vigilancia regular, de un caso sospechoso o confirmado de enfermedad febril eruptiva en un área específica, para lo cual se realizan los procedimientos de intervención rutinaria normados ante caso sospechoso de sarampión y rubéola.
2. A partir de la búsqueda activa institucional cuando se identifica un caso sospechoso no notificado; por lo que se debe notificar, cumplir lo establecido por el VIGEPES y lo normado ante caso sospechoso de sarampión y rubéola.
3. A partir de la identificación de un municipio priorizado en base a la metodología de priorización de municipios de riesgo.

d) Metodología para la búsqueda activa comunitaria en municipios priorizados

1. Realizar la búsqueda activa según lo establecido en los presentes lineamientos.
2. El equipo local de salud es responsable de realizar la búsqueda activa comunitaria.
3. El SIBASI es el responsable de supervisar y apoyar técnicamente el desarrollo de la metodología de búsqueda activa.
4. Obtener un croquis del municipio con una lista de todos los cantones, barrios, colonias, entre otros, existentes en el municipio y sus distritos.
5. Escoger los cantones, barrios, colonias, entre otros, existentes en el distrito que se encuentre con silencio epidemiológico.
6. Escoger un área al azar del listado de las áreas silenciosas. Si no existen áreas silenciosas se escoge el área con más baja cobertura.
7. Del área seleccionada hacer un listado de todas las viviendas y escoger una al azar que se ubique en el lado norte del área (primera casa a visitar) y se continúa visitando las casas siguientes a la derecha al salir de la primera casa hasta totalizar veinticinco casas habitadas con un informante mayor de 18 años.
8. En caso de brote se realiza la búsqueda activa comunitaria siguiendo la ruta crítica durante el periodo de transmisibilidad del caso confirmado.
9. Llenar el tabulador de búsqueda activa comunitaria.
10. Si se encuentran casos sospechosos se debe notificar y seguir lo establecido para casos sospechosos.

e) Criterios para la búsqueda activa de laboratorio de casos sospechosos de sarampión y rubéola

Es la búsqueda de casos en el laboratorio a partir de muestras obtenidas para la vigilancia de enfermedades por arbovirosis. Este tipo de búsqueda se realiza para sarampión y rubéola por la similitud de sus características clínicas con las de las enfermedades por arbovirosis.

La búsqueda activa de laboratorio se ha usado durante el proceso de verificación de la eliminación y se recomienda continuar aplicándola durante la fase posterior a la eliminación, como complemento de la vigilancia del sarampión y la rubéola en los municipios que no notifican casos sospechosos. El objetivo es obtener evidencia de la ausencia de transmisión del sarampión o la rubéola en esas zonas epidemiológicamente silenciosas. Debe analizarse una cantidad razonable de muestras de suero para completar los pozos (o pocillos) de las tiras de reacción de los análisis realizados periódicamente en el laboratorio miembro de la RRLSR.

2. Vigilancia activa de casos sospechosos de Síndrome de rubéola congénita

a) Metodología para la búsqueda activa institucional de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita

La búsqueda activa se dirige a la revisión de diagnósticos clínicos de SRC y asociados a SRC en los niños y niñas menores de un año, los cuales incluyen los siguientes:

Cuadro 14. Diagnósticos clínicos de SRC y asociados a SRC

Diagnóstico	CIE10
Síndrome de rubéola congénita	P35.0
Cataratas congénitas (bilateral o unilateral)	Q12.0
Glaucoma congénito	Q15.0
Sordera congénita / deficiencia auditiva	H90.5
Persistencia de conducto arterioso	Q25.0
Estenosis pulmonar periférica	Q25.6
Microcefalia	Q02
Meningoencefalitis asociada a rubéola	B06.0

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades,(CIE-11), año 2022.

Las fuentes de información a revisar de donde se obtendrán todos los diagnósticos son:

- Expediente clínico.
- Sistema mecanizado de morbimortalidad ambulatoria y hospitalaria de cada institución.
- Registros diarios de consulta (Unidades de salud, unidades médicas, clínicas comunales).
- Registros diarios de servicios de emergencias, consulta externa.
- Registro de egresos hospitalarios y certificados de defunción.
- Hoja de reanimación.

La búsqueda activa debe realizarse según lo dispuesto en los documentos vigentes, en todas las instituciones que atienden partos, hospitalización y centros de atención especializados, los cuales atienden niños y niñas con patologías o necesidades especiales de educación o rehabilitación, pública y privadas.

Verificar que todos los casos encontrados en las fuentes de información del establecimiento cumplan con: definición de caso, notificación, investigación y clasificación en el sistema de vigilancia, esto se hace por medio del cotejo de los casos con los casos reportados en los módulos del SUIS siguientes:

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES) del SNIS.
- Formularios de notificación (VIGEPES-01), laboratorio (VIGEPES-02) y de investigación y cierre de caso (VIGEPES-03), Formulario VIGEPES-04.
- Sistema de vigilancia de malformaciones congénitas.

Llenar los tabuladores de búsqueda activa institucional (individual y consolidado).

Calcular los siguientes indicadores:

- Porcentaje de casos notificados.
- Porcentaje de casos investigados.
- Porcentaje de casos clasificados.

Estos porcentajes reflejan la "sensibilidad" del sistema de vigilancia, la cual debe ser de por lo menos un 80%.

Se deben implementar acciones para mejorar la calidad de la notificación, investigación y clasificación si se obtienen resultados menores al 80%.

Elaborar recomendaciones, sugerencias y compromisos de acciones de mejora y dejar constancia en libro de supervisión.

Si se encuentra un caso que no ha sido notificado proceder a lo siguiente:

- Notificar al VIGEPES, debiendo llenar los formularios correspondientes.
- Realizar visita domiciliar a la madre para completar el formulario VIGEPES 03 (investigación y cierre de casos), interrogando a la madre sobre su estado vacunal, antecedentes de enfermedad febril eruptiva durante su embarazo o contacto con personas que padecieron alguna enfermedad febril eruptiva, viajes al extranjero e historia obstétrica, caracterizar su historia perinatal y si es necesario, entrevistarse con el médico que la atendió.
- Tomar muestra sanguínea, de orina e hisopado nasal o faríngeo al niño o niña.
- Corroborar el estado actual del niño o niña.
- Realizar búsqueda activa institucional de casos sospechosos de sarampión y rubéola en el establecimiento de salud que corresponde al área de responsabilidad del domicilio de la madre.
    - Si en la búsqueda activa institucional de casos de rubéola se detecta un caso que no ha sido notificado, manejarlo según lineamiento descrito ante caso sospechoso de estas enfermedades.
    - Clasificar el caso con los resultados de laboratorio.

Si el caso no puede ser clasificado con muestra de laboratorio, proceder a su clasificación, con datos clínicos y epidemiológicos por la Comisión Nacional de eliminación del sarampión y rubéola.

IX. Parotiditis

a) Generalidades

Es una enfermedad de afectación mundial y puede prestarse a cualquier edad; se producen picos epidémicos cada dos a cinco años, los estudios epidemiológicos han demostrado que el 85-90% de la población no inmunizada adulta presenta anticuerpos protectores.

Cuadro 15. Ficha técnica de aspecto clínico – epidemiológico

Parotiditis	
Descripción	Es una enfermedad vírica aguda benigna, autolimitada, que se caracteriza por un periodo prodrómico de uno a dos días, en los cuales presenta fiebre, anorexia, cefaleas y vómitos. Pueden estar afectadas una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida y la cual es bilateral en aproximadamente 70% a 80% de los casos, a veces pueden afectarse las glándulas sublinguales o submaxilares.
Agente infeccioso	Virus ARN de un solo tipo antigénico, miembro de la familia *Paramyxoviridae* del género *Rubulavirus*
Distribución geográfica	una tercera parte de las personas susceptibles y expuestas padecen infecciones asintomáticas.
Reservorio	Humano.
Modo de transmisión	Por secreciones respiratorias, por contacto directo con partículas aéreas infectadas o saliva de una persona infectada. Puerta de entrada: nariz, boca y conjuntiva ocular. Puerta de salida: boca.
Período de incubación	12 a 25 días, en promedio de 16 a 18 días.
Período de transmisibilidad	Abarca desde 7 días antes de la tumefacción parotídea, hasta 9 días después de esta.
Manifestaciones clínicas	Las glándulas afectadas aumentan de tamaño progresivamente y presentan dolor al tacto. Los síntomas disminuyen después de una semana y el cuadro clínico se resuelve generalmente en diez días sin complicaciones. Un 30% de las infecciones por el virus de la parotiditis son asintomáticas.
Diagnóstico	Clínico y se basa en la presencia de fiebre y de síntomas inespecíficos junto a inflamación parotídea o de otras localizaciones dos a tres semanas después de un contacto con un paciente con parotiditis.
Complicaciones	Orquitis en el 20% a 30% de los hombres y ooforitis en las mujeres. La esterilidad es una secuela rara. Meningitis aséptica casi siempre sin secuelas. La infección en vida adulta puede llegar a ser más grave. La sordera y la encefalitis secundaria a parotiditis es rara, y puede provocar secuelas e incluso excepcionalmente tener una evolución fatal (letalidad del 1%). La sordera y la encefalitis secundaria a parotiditis es rara, y puede provocar secuelas e incluso excepcionalmente tener una evolución fatal (letalidad del 1%). La infección en el primer trimestre del embarazo puede causar abortos espontáneos, pero no hay evidencia de malformaciones congénitas.
Pruebas de laboratorio	No cuenta con una prueba de laboratorio.
Tratamiento	Sintomático.

Fuente: Equipo técnico de elaboración de lineamientos técnicos de control y prevención de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis. Ministerio de Salud 2024.

b) **Diagnóstico diferencial**: Parotiditis bacterianas, tumor de glándulas salivales, celulitis facial, síndrome temporo-mandibular, absceso dental y linfoadenopatías.

c) **Vigilancia epidemiológica:**

Definiciones de caso

- **Caso confirmado por clínica:** todo paciente que presente aparición aguda de fiebre igual o mayor de 38.5 °C e inflamación unilateral o bilateral y sensible al tacto de la parótida, sin que haya otras causas aparentes.
- **Contacto:** toda persona que está epidemiológicamente relacionada con un caso confirmado por clínica.

Detección y notificación de casos

Esta enfermedad es de notificación agrupada (semanalmente) en formulario VIGEPES 04.

Intervenciones ante el aparecimiento de casos y respuesta a brotes

a) Se considera brote cuando aparecen conglomerados de dos o más casos relacionados entre sí en espacio y tiempo.

b) Ante la sospecha de un brote por parotiditis epidémica realizar búsqueda activa de otros casos y contactos del caso índice: compañeros de aula en el colegio, compañeros de juego, convivientes en la misma casa, compañeros de trabajo en el caso de adultos, entre otros.

c) Ofrecer la vacunación con SPR a susceptibles (los que no cuentan con evidencia de haber sido vacunados) en el conglomerado identificado.

d) Educación sanitaria sobre lavado de manos, estornudo, desinfección concurrente de lugares de convivencia con el caso y contactos.

e) Aislamiento del caso hasta por diez días a partir del inicio de la inflamación parotídea. No se debe enviar los niños al centro educativo. Si aparecen casos postvacunales, no se debe suspender la vacunación contra la parotiditis.

d) **Prevención de sarampión, rubéola y paperas**

- **Inmunidad pasiva contra el sarampión**

Los lactantes están protegidos en general hasta los cinco a nueve meses de edad por anticuerpos maternos contra el sarampión adquiridos de forma pasiva. Se cree que la inmunidad tras la infección natural dura toda la vida.

- **Inmunidad activa contra el sarampión**

Las vacunas antisarampionosas (SRP y SR) inducen la seroconversión aproximadamente en 95% de los niños y niñas de doce meses de edad o mayores. La producción de anticuerpos séricos después de la vacunación antisarampionosa imita la respuesta producida tras la infección del sarampión natural, aunque los títulos de anticuerpos son inferiores. La respuesta máxima de formación de anticuerpos se produce seis a ocho semanas después de la infección natural o la vacunación.

- **Inmunidad pasiva contra la rubéola**

La inmunidad pasiva es adquirida a partir de los anticuerpos maternos. Los anticuerpos transmitidos de la madre a los recién nacidos les permiten protección durante los primeros seis a nueve meses de vida.

- **Inmunidad activa contra la rubéola**

Se adquiere por medio de la infección natural o por la vacunación. Los anticuerpos séricos son inducidos en el 95 al 98% de los individuos que hayan recibido una dosis de la vacuna después de los doce meses de edad. Evita la infección clínica y subclínica en más del 90% de los vacunados. La principal medida de prevención de rubéola y SRC es la vacunación.

- **Inmunidad pasiva contra la parotiditis**

Se da por medio del traspaso de anticuerpos maternos al feto, esta es la razón por la cual la enfermedad es poco frecuente en niños y niñas menores de un año.
La administración de gammaglobulina estándar o hiperinmune no disminuye la gravedad ni la frecuencia de complicaciones en los casos de parotiditis y su administración tampoco previene la infección en los contactos.

- **Inmunidad activa contra la parotiditis**

Las personas que han tenido paperas sintomática o infección asintomática son inmunes de por vida. También se adquiere inmunidad al aplicar la vacuna contra paperas (SPR). Aunque la producción de anticuerpos séricos después de la vacunación imita la respuesta producida tras la infección natural los títulos de anticuerpos son inferiores.

e) **Vacuna contra el sarampión, r.ubéola y parotiditis (SRP)**

Cuadro 16. Descripción de la vacuna SRP

Vacuna	Sarampión / rubéola / parotiditis (SRP)
Descripción	Vacuna combinada triple viral de virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y parotiditis en una suspensión liofilizada.
Presentación	Frascos de vidrio de una y diez dosis; la cual se reconstituye con un solvente de 0.5 ml (unidosis) y 5 ml (de diez dosis) respectivamente.
Eficacia y duración	Los tres componentes de la vacuna son muy inmunogénicos, con una dosis aplicada a mayores de doce meses de edad, lográndose anticuerpos protectores de aproximadamente el 95%, con el esquema de vacunación completo su duración es para toda la vida.
Esquema de vacunación	Edad: al año primera dosis y a los 18 meses segunda dosis.
Dosis, vía y sitio de aplicación	0.5 ml, subcutánea en el área del músculo deltoides, con jeringa de 0.5 cc, con aguja de calibre 25 (grosor) por 5/8 pulgadas de largo.

Precauciones	En caso de tratamiento reciente con gammaglobulinas o hemoderivados debe aplicarse la vacuna de manera general después de 3 a 11 meses de finalizado el tratamiento porque interfiere con la respuesta inmunológica. El tiempo de espera depende de la cantidad y concentración de la dosis recibida de gammaglobulinas o hemoderivados, ejemplo: inmunoglobulina contra tétanos 3 meses, inmunoglobulina contra la rabia 4 meses, inmunoglobulina contra la varicela 5 meses, transfusiones de sangre: sangre entera 6 meses, glóbulos rojos 3 meses, plasma o derivados plaquetarios 7 meses, inmunoglobulina intravenosa 8 meses, inmunoglobulina contra la enfermedad de Kawasaki 11 meses, inmunoglobulina contra la púrpura trombocitopénica idiopática 8 meses. Las vacunas de virus vivos atenuados que se administran por la misma vía deben ser aplicadas el mismo día, de lo contrario debe esperarse 4 semanas para su aplicación.
Contra indicaciones	• Reacción alérgica grave a uno de los componentes de la vacuna (especialmente al huevo). • Pacientes con inmunodeficiencia secundarias a neoplasias o con tratamiento de quimioterapia y radioterapia, uso de terapia inmunosupresora prolongada y pacientes con SIDA en severa evidencia de inmunosupresión. • Pacientes con Inmunodeficiencias congénitas. • Embarazo. • Enfermedades infecciosas agudas con fiebre. • Enfermedades crónicas descompensadas como: deterioro severo de la función renal, enfermedades cardíacas descompensadas entre otras.
Condiciones especiales	• Vacunación en viajeros: Se administra una dosis de SPR a viajeros que lo soliciten en países endémicos de sarampión. • Vacunación en otros grupos de edades: 1. Niños en las edades mayores de 5 años de edad que no tienen su esquema primario se deben colocar dos dosis de vacunas en un intervalo mínimo de 4 semanas. 2. Niños con esquemas incompletos se debe colocar una dosis para completar su esquema primario. 3. Adolescentes y adultos jóvenes: se aplicará una dosis de vacuna de SPR al no tener evidencia de antecedentes vacunales.
Reacciones adversas	Las más comunes son fiebre (5-15%), exantema (5%), artralgia (25%), linfoadenopatías, trombocitopenia y reacciones alérgicas en el sitio de la inyección. Rara vez se presenta encefalopatía (menos de un caso por 1, 000,000 vacunados). Shock anafiláctico.

Fuente: Manual de Vacunas de Latinoamérica, edición 2021.

Vacuna contra el sarampión y rubéola (SR)

Cuadro 17. Descripción de la vacuna SR

Vacuna	Sarampión / rubéola (SR)
Descripción	Suspensión liofilizada de virus vivos atenuados de sarampión y rubéola
Presentación	Frascos de vidrio de uno y diez dosis, la cual se reconstituye con un solvente de 0.5 ml y 5 ml
Eficacia y duración	Las mismas que las descritas para la vacuna SRP
Esquema de vacunación	Edad: de un año y 18 meses de edad como dosis adicional en campañas de seguimiento Grupos de riesgo: se debe aplicar una dosis adicional a la población joven y adultos susceptibles para padecer sarampión por la introducción del virus al país. Son grupos de riesgo los siguientes: trabajadores de salud, estudiantes y maestros de educación media y superior, militares, presidiarios, obreros de la industria de la maquila, viajeros a áreas endémicas, personas que trabajan en lugares turísticos y personas que laboran en empresas de transporte de pasajeros internacionales y migración.

Dosis, vía y sitio de aplicación	0.5 ml, subcutánea en el área del músculo deltoides, con jeringa de 0.5 cc, con aguja calibre 25 (grosor) por 5/8 pulgadas de largo, no reutilizable
Precauciones	Las mismas que las descritas para la vacuna SRP
Contraindicaciones	Las mismas que las descritas para la vacuna SRP
Condiciones especiales	Las mismas que las descritas para la vacuna SRP
Reacciones adversas	Las mismas que las descritas para la vacuna SRP

Fuente: Manual de Vacunas de Latinoamérica, edición 2021.

X. Abreviaturas

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

CNE: Centro Nacional de Enlace.

EFE: Enfermedad Febril Eruptiva.

ELISA: Ensayo de Inmunoadsorción Ligado a Enzima.

ERR: Equipo de Respuesta Rápida.

FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud.

IgG: Inmunoglobulina G.

IgM: Inmunoglobulina M.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

LNSP: Laboratorio Nacional de Salud Pública.

MINSAL: Ministerio de Salud.

RSI: Reglamento Sanitario Internacional.

RT-PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

SR: Sarampión rubéola.

SRC: Síndrome de rubéola congénita.

VIGEPES: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

XI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

d) Derogatoria

Dejánse sin efecto los *Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis* de fecha 8 de agosto de 2013 y los *Lineamientos técnicos para la implementación de intervenciones de respuesta rápida ante un brote de sarampión y rubéola* del año 2019.

XII. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

XIII. Referencias bibliográficas

1. Red Book Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas. 27 edición. 2006.
2. Measles: mortality reduction and regional elimination: strategic plan 2001-2005. 2001.
3. Measles, Publicación Científica y Técnica No. 581.
4. Manual de Vacunas de Latinoamérica, Tercera Edición12. 2005.
5. Atkinson W, Hamborsky J, McIntyre L, Wolfe C. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases.
6. Enfermedades transmisibles. 2025 Feb 28.
7. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo. 2001;43(6):338–338. doi:10.1590/S0036-46652001000600014
8. Alerta epidemiológica - Sarampión en la Región de las Américas - 29 de enero del 2024 -2024 Jan 29.
9. Unidad de Inmunización, salud familiar y comunitaria, Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Prog rama Ampliado de Inmunizaciones (PAI), modulos I, II y IV Washington, D.C., 2006
10. CDC, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 5th Edition, January,1999
11. Mortality Reduction and Regional Elimination: Strategic Plan 2001- 2005. Ginebra; 2001.
12. Eliminación del Sarampión: Guía Práctica, Segunda Edición, Washington,DC: 2007.
13. El control de las enfermedades transmisibles, 17a ed. Washington, DC: 2001.

XIV. Anexos

Anexo 1. Formularios de notificación

GOBIERNO DE EL SALVADOR

REPÚBLICA DE EL SALVADOR

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

FORMULARIO PARA NOTIFICACION INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES – 01)

1. Nombre del Establecimiento: _____ 2. Fecha de Consulta: ____/ ____ / ____

3. No. Expediente/No.de Afiliación:_____

4. Categoría Afiliación: ☐ Cotizante ☐ Pensionado ☐ Beneficiario ☐ Hijo

5. No. DUI o Pasaporte :_____ 6. Fecha de nacimiento: ____/ ____ / ____ **7. Edad:**____ Años ____ Mes ____ Días

_____

8. Apellidos Nombres

_____ **10. Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer

9. Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable:

11 Dirección Completa: _____ **12. Area:** ☐ Urbano ☐ Rural

Departamento: _____ Municipio _____ **13. Nacionalidad:** _____

14. Residencia: _____

Localidad: :_____ **15. Teléfono:** :_____

16. Estudiante: ☐ Si ☐ No _____ **Nombre del Centro Educativo** (Completar esta información únicamente si es un estudiante)

17. Antecedentes Obstétricos: ☐ Aborto ☐ Embarazada ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No Aplica

(aplica únicamente para mujeres en edad reproductiva)

18. Semanas de amenorrea: _____

19. Manejo: ☐ Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ Referido a: _____

_____

20. Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica

21 . Fecha de inicio de síntomas: ____/ ____ / ____ 22 . Fecha de notificación: ____/ ____ / ____

23. Condición: ☐ Vivo ☐ Muerto 24 . Fecha de defunción: ____/ ____ / ____

25. Causa de Defunción: _____

26. Nombre del médico que notifica : _____

Firma y Sello : _____

Una copia queda en expediente y otra se envía al centro de acopio para su registro en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde

© Ministerio de Salud Código: 80503130 Dirección de Epidemiologia /Mayo 2021

MINISTERIO DE SALUD

República de El Salvador

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE EXAMEN POR ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES- 02)

1. Nombre del Establecimiento: _____ **2. Fecha de consulta:** ____ / ____ / ____

3. No. Expediente/ No. de Afiliación: _____ **4. No. DUI o pasaporte:** _____

5. Edad: _____ Años _____ Mes _____ Días **6. Sexo:** Masc. ☐ Fem. ☐

_____

7. Apellidos **Nombres** (Letra de Molde)

_____

8. Nombre de responsable si es menor de edad

_____/_____/_____

9. Dirección Completa **Departamento** **Municipio**

10. Embarazada: Si ☐ No ☐ **11. Semanas de Amenorrea:** _____

_____ **Exantema:** Si ☐ No ☐

12. Diagnóstico clínico / sospecha diagnóstica: **13. Fecha de Inicio de Síntoma:** _____ / _____ / _____

14. Condición: Vivo ☐ Muerto ☐ **15. Fecha de defunción:** _____/_____ / _____

16. Nombre del médico que notifica: _____

Firma y Sello: _____

USO EXCLUSIVO DEL NIVEL LOCAL QUE COLECTA MUESTRA **No. ID VIGEPES:** _____

Nombre del Establecimiento: _____ **Fecha:** _____/_____/_____

Tipo de Vigilancia: Por Enfermedad Objeto de Vigilancia ☐ Vigilancia Cetinela Integral ☐ Brote ☐ Otro ☐

Tipo de muestra: Sangre ☐ Suero ☐ Orina ☐ Heces ☐ LCR ☐ Aspirado/hisopado nasofaringeo ☐

Hisopado de la garganta ☐ Hisopado rectal ☐ Tejido ☐ Otro ☐ : _____

Número de muestra: Primera muestra ☐ Segunda muestra ☐ Tercera muestra (si se justifica) ☐

Motivo de analisis: Para estudio ☐ Para Confirmación ☐ Por seguimiento de caso ☐ Otro ☐

Observaciones:

_____

Número de ID de la muestra: **Fecha de toma de muestra:** _____ / _____ / _____ **Fecha de envío:** _____ / _____ / _____

_____

_____ _____

Firma y Sello del profesional de laboratorio **Sello de laboratorio**

USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

Fecha de recepción de la muestra: _____ / _____ / _____ **Número de ID de la muestra:** _____

Fecha de procesamiento de la muestra: _____ / _____ / _____ **Fecha de resultado de la muestra:** _____ / _____ / _____

Resultado por método utilizado:

ELISA _____ **Resultado cuantitativo:** _____

PCR _____ **SEROVAR REACTOR** _____ **TÍTULO:** _____

SEROVAR REACTOR _____ **TÍTULO:** _____

CULTIVO _____ **SEROVAR REACTOR** _____ **TÍTULO:** _____

OTRO METODO: _____

Se considera POSITIVA una reacción 1:160 ó mayor a uno ó más de los antígenos de Leptospira. Para completar el examen serológico, debe obtenerse una SEGUNDA MUESTRA, la cual deberá examinarse dos ó tres semanas después de la fecha de extraccion de la primera muestra.

Resultado final de laboratorio: Negativo ☐ Positivo ☐ Indeterminado ☐ Muestra Inadecuada ☐

No se recibió muestra ☐ Muestra enviada al exterior ☐ **Fecha de envío:** _____/_____/ _____

_____ _____

Firma y Sello del profesional de laboratorio **Sello de laboratorio**

© Ministerio de Salud

REPÚBLICA DE EL SALVADOR
SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
FORMULARIO PARA INVESTIGACION Y CIERRE DE ENFERMEDADES OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES – 03)

Nombre del Establecimiento: _____ **Fecha de Consulta** : _____ / _____ / _____

I. DATOS DEL PACIENTE

No. Expediente/ No. de Afiliación: _____ **No. DUI o Pasaporte:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ **Edad:** _____Años _____Mes _____ Día **Sexo**: Hombre ☐ Mujer ☐

_____ / _____
Apellidos **Nombres** Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable

_____ / _____ / _____
Dirección Completa **Departamento** **Municipio**

Área: Urbana ☐ Rural ☐ _____ / _____ / _____
Nacionalidad **País de Residencia** **Teléfono**

Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica

Fecha de Inicio de Síntoma : _____ / _____ / _____ **Fecha de Notificación**: _____/_____/_____ **Fecha de Investigación**: _____/_____/

Escolaridad		**Estado Familiar**		**Ocupación:**			
Ninguna	☐	Soltero (a)	☐	Desempleado	☐	Agricultor/Obrero	☐
Básica	☐	Casado (a)	☐	Ama de casa	☐	Comerciante	☐
Bachillerato	☐	Divorciado (a)	☐	Estudiante	☐	Cuerpos Uniformados	☐
Técnica	☐	Viudo (a)	☐	Jubilado/Pensionado	☐	No aplica	☐
Universitaria	☐	Acompañado (a)	☐	Empleado Informal	☐	Otros	☐
		Separado (a)	☐	Empleado Formal	☐		

II. Antecedentes Contributorios

Desnutrición Severa	Si ☐	No☐
Obesidad Morbida	Si ☐	No☐
Malformación Congénita	Si ☐	No☐
Cardiopatia	Si ☐	No☐
Inmunosupresión	Si ☐	No☐
Hipertensión Arterial	Si ☐	No☐
EPOC	Si ☐	No☐
IRC	Si ☐	No☐
Diabetes	Si ☐	No☐
Tuberculosis	Si ☐	No☐

Forma de Detección de caso: Consulta ☐ Laboratorio ☐ Búsqueda Institucional ☐ Búsqueda en Comunidad ☐
Investigación de Contactos ☐ Caso Reportado en la Comunidad ☐ Desconocido ☐ Otro ☐

III. CUADRO QUE SUSTENTA DIAGNÓSTICO CLÍNICO O SOSPECHA DIAGNÓSTICA

SIGNOS Y SÍNTOMAS **Fiebre** Si☐ No ☐ No Aplica ☐ Temperatura _____ °C Fecha de Inicio de Fiebre: _____ /_____ /_____
Exantema: Si ☐ No ☐ Duración de exantema _____ días Fecha de Inicio: _____ / _____ / _____
Tipo de Exantema: Maculo Papular☐ Vesicular ☐ Otro☐ Desconocido☐

EFE, SARAMPIÓN O RUBÉOLA
Tos: Si☐ No☐ Conjuntivitis Si☐ No☐ Coriza: Si☐ No☐
Manchas de Koplik: Si☐ No☐ Adenopatía: Si☐ No☐ Artralgias: Si☐ No☐

PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA
PRÓDROMOS: Fiebre : Si☐ No☐ Respiratorio: Si☐ No☐ Gastrointestinal: Si☐ No☐
SIGNOS: Dolores musculares: Si ☐ No ☐ Signos Meningeos: Si☐ No☐
PARÁLISIS:
Fecha de inicio de parálisis: _____ / _____ / _____ Fiebre al inicio de la parálisis Si☐ No ☐
Parálisis de pares craneales: Si☐ No ☐ Parálisis Respiratoria: Si☐ No☐
PROGRESIÓN
Dirección: Ascendente Si☐ No☐ Descendente Si☐ No☐ Otra Si ☐ No☐

Número de días hasta la instalación de la parálisis completa : _____

	Presenta	Localización	Reflejo	Sensibilidad
Brazo Derecho				
Brazo Izquierdo				
Pierna Derecha				
Pierna Izquierda				

Presenta
1. Si 2. No
99. Desconocido

Localización de Parálisis
1. Proximal 2. Distal
3. Ambos

Reflejos y Sensibilidad
1. Aumentado
2. Disminuido
3. Ausente
4. Normal
99.Desconocido

SINDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA(< 1 año de edad)
Clasificación inicial del caso
Por datos clínicos: Si☐ No☐ Desconocido☐
Hijo de madre (+) o Si ☐ No☐
Sospechosa de rubéola
APGAR: _____ (1 a 10)
Bajo peso al Nacer: Si☐ No☐ Gramos _____
Pequeño para Edad Gestacional al Nacer: Si No
semanas: _____

Ojos:			
Cataratas	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Glaucoma	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Retinopatía Pigmentaria	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Otros	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Corazón:			
PCR	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
EAP	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Otros	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Oidos:			
Sordera	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Otros	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Otros:			
Microcefalia	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Retraso en el Desarrollo Psicomotor	Si ☐	No☐	Desconocido ☐
Púrpura	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Hepatomegalia	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Ictericia al Nacer	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Esplenomegalia	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Osteopatía Radialúcida	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Meningoencefalitis	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐
Otros	Si ☐	No ☐	Desconocido ☐

Difteria:
Laringitis Si ☐ No ☐
Faringitis Si ☐ No ☐
Amigdalitis Si ☐ No ☐
Membrana amigdalas, faringe o tabique nasal Si ☐ No ☐

Tosferina:
Crisis Paroxística Si ☐ No ☐
Estridor Si ☐ No ☐
Tos emetizante Si ☐ No ☐
Tos persistente ≥ 2 semanas Si ☐ No ☐

Tétano:
Hipertonia de aparición aguda Si ☐ *No*☐ *Contracción Muscular dolorosa: Si* ☐ *No* ☐
Espasmos musculares Si ☐ *No* ☐
Tétano Neonatal:
Alimentacion y llantos normales en primeras 48 horas de vida: Si ☐ *No* ☐
Incapacidad para succionar (trismo): Rigidez: Si ☐ *No* ☐
Convulsiones: Si ☐ No☐

Cólera:
Diarrea Acuosa de inicio brusco: Si☐ *No*☐ *Heces en Agua de Arroz: Si*☐ *No*☐ *Vómitos: Si*☐ *No* ☐ *Deshidratación: Si*☐ *No*☐
Asintomático: Si☐ *No*☐

Paludismo:
Fiebre intermitente: Si ☐ No ☐
Escalofríos: Si ☐ No ☐
Cefalalgía: Si ☐ No ☐
Sudoración Profusa: Si ☐ No ☐

Fiebre Amarilla:
Ictericia: Si ☐ No ☐ *Sangramiento* Si ☐ No ☐

Leptospirosis:
Mialgias en muslos y pantorrillas: Si ☐ No ☐
Cefalea: Si ☐ No ☐ *Vómitos* Si☐ No☐
*Escalofríos:*Si ☐ No ☐ *Ictericia*Si ☐ No☐
Congestión conjuntival bilateral: Si ☐ No☐

Dengue Grave:
Fuga Masiva de plasma, con choque: Si☐ *No* ☐ *Astenia: Si*☐ *No*☐
Acumulación de líquidos: Si☐ *No* ☐ *Distres Respiratorio: Si* ☐ *No* ☐
Sangrado severo: Si☐ *No*☐ *Vómitos persistentes: Si* ☐ *No* ☐
Letargo o inquietud: Si☐ *No*☐ *Hepatomegalia > 2 cm: Si*☐ *No* ☐
Dolor Abdominal intenso y sostenido: Si☐ *No*☐

Rabía Humana:
Dolor radial en sitio de agresión: Si☐ No☐ *Angustia:* Si☐ No☐ *Paresias:* Si☐ No☐ *Hidrofobia:*Si☐ No☐ *Aerofobia:* Si☐ No☐
Fotofobia: Si☐ No☐ *Sialorrea:* Si☐ No☐ *Delirio:* Si☐ No ☐ *Convulsiones:* Si ☐ No ☐

Otros signos y síntomas: _____

Manejo: Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ **Referido a** : _____
Fuente de Contagio: Otra persona ☐ Alimento☐ Agua☐ Animal (específique) ☐ Vector ☐ Otros ☐
Desconocido ☐ Animal especifique la especie: _____ Fecha de agresión: _____ / _____ /_____ (para sospecha de rabia)
Antecedentes de viaje al exterior: Si ☐ No☐ País visitado: _____ Fecha de ingreso: _____/_____/_____
Estuvo en contacto con un caso: Si ☐ No☐ Estuvo en contacto con una embarazad: Si☐ No ☐ Fecha de contacto: _____/_____/_____
Lugar de contagio: Contacto en casa ☐ Comunidad ☐ Lugar de trabajo☐ Establecimiento de Salud ☐ Escuela☐ Otros☐
Desconocido Especifique: _____

Vía probable de Entrada: Ocular ☐ Oral ☐ Ótica ☐ Herida de piel ☐ Vaginal ☐ Rectal ☐ Uretral ☐
Vías respiratorias ☐ Umbilical ☐ Post quirúrgico ☐ Transfusional ☐ Piel ☐ Otro ☐

HISTORIA MATERNA: _____

Apellidos y Nombre de la madre
(aplica para SRC, Tetano neonatal o Sílifis Congénita)

_____ / _____
Lugar donde verifico parto **Fecha**

_____ / _____
RN fue hospitalizado en **Fecha**

Edad: _____ **No. de Embarazos previos**: _____

Rubéola confirmada: Si ☐ No ☐ Sem. de embarazo _____
Enfermedad similar a Rubéola: Si ☐ **No** ☐ Sem. de embarazo _____
Expuesta a Rubéola: Si ☐ **No** ☐ Sem. de embarazo (donde) _____
Viajes : Si ☐ No ☐ Sem. de embarazo (donde) _____

Donde: _____
Vacunación contra Rúbeola: Si ☐ No ☐ No. de Dosis: _____
Fecha de última dosis: _____ / _____ / _____

Sifilis confirmada: Si ☐ No ☐ Sem. de embarazo _____
En En control Prenatal: Si ☐ No ☐ **Medicado on ATB : Si** ☐ **No** ☐

IV. EXAMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNÓSTICO LABORATORIO Y/O GABINETE

Fecha de toma	Tipo de muestra	Exámenes	Resultados

Tratamiento específico que recibió:
Antibióticos: Si ☐ No ☐ Esteroides: Si ☐ No ☐ Inmunoglobulina: Si ☐ No ☐
LEV: Si ☐ No ☐ Trasfusión Sanguínea: Si ☐ No ☐ Otro: Si ☐ No ☐

Clasificación Inicial: _____
Observaciones: _____

V. HISTORIA VACUNAL

Se exploró antecedentes de vacunación: Si ☐ No ☐ **Quien Reporta:** Establecimiento que reporta caso :☐ Establecimiento que realizó investigación: ☐
Fuente de información sobre vacunación: Tarjeta de Vacunación ☐ Registro en Servicio de Salud ☐ Verbal ☐ No tiene historia de vacunación ☐
A su primer contacto con el servicio de salud llevó carnet de vacunación: Si ☐ No ☐ **Fue necesario completar esquema de vacunación a través de la investigación:** Si ☐ No ☐

Tipo de Vacuna	Total dosis	Fecha de aplicación			
		1era dósis	2da dósis	3a dósis	Ultimo refuerzo
BCG					
Poliomielitis					
Pentavalente					
SPR					
SR					

Tipo de Vacuna	Total dósis	Fecha de aplicación			
		1era dósis	2da dósis	3a dósis	Ultimo refuerzo
DPT					
Td					
Fiebre Amarilla					
Antirrábica					

Fecha de alta: _____/_____/_____ **Nombre y Sello del epidemiólogo Referente local:**

VI. ACCIONES DE CONTROL VACUNAL

Nombre del Establecimiento: _____ fecha de Visita domiciliar: _____/_____/_____
Hubo búsqueda activa de casos: Si ☐ No ☐ Número de casos sospechoso encontrados: _____ Hay otros casos presentes en el municipio de residencia: Si ☐ No ☐
Viajo paciente fuera de su lugar de residencia entre los 7 y 23 días de inicio de exantema: Si No Se realizó visita de otros lugares donde paciente viajo durante su enfermedad Si ☐ No ☐
Lugares visitados: Escuela ☐ Lugar de trabajo: ☐ Casa de otros familiares: ☐ Lugares de congregación: ☐ Lugar donde pernocta ☐ Otro ☐
Hubo monitoreo rápido de vacunación: Si ☐ No ☐ Que % de vacunados encontró: ☐ Se realizó vacunación por : Si ☐ No ☐ Motivo: Susceptibles ☐ Bloqueo ☐ Ambos ☐

Municipio	Localidad	Cobertura de vacunación previa	No. de habitantes			No. de Viviendas		Suceptibles Encontrados	Dósis aplicadas		Fechas de Vacunación	
			< 1 a	1 a 4 años	> 5 años	Total localidad	Total visitadas		Suceptibles	Bloqueo	Inicio	Finalización

VII. ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN Y FUENTE PROBABLE DE INFECCIÓN

Especifique Lugar visitado	Fecha de visitas por paciente Entrada / Salida	No de Detectados Contactos / Sospechosos	Fecha de visita por nivel local	Monitoreo rápido Si / No	% vacunados encontro
_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____/_____	_____
_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____/_____	_____
_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____/_____	_____
_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____/_____	_____
_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____/_____	_____

VIII. PESQUISA DE CONTACTOS, CONVIVIENTES O CONSANGUÍNEOS SEGÚN CASO E INTERVENCIONES REALIZADAS

Nombre de contacto	Edad	Sexo	Nexo	Detectado	Estado	Toma muestra	Fecha de toma	Resultado	Antecedente de	Condición

Sexo: 1. Masc. 2. Fem. **Nexo**: 1. Familiar 2. Amigo 3. Compañero de trabajo 4. Vecino 5. Otro **Detectado:** 1. Intradomiciliar; 2. Extradomiciliar **Estado del Detectado:** 1. Con síntomas; 2. Sin síntomas; 3. En estudio **Condición:** 1. Vivo ; 2. Muerto
No. de Habitantes: _____ **No. de Viviendas:** _____ **No. de Viviendas visitadas:** _____ **No. de Profilaxis dadas:** _____ **No. viviendas Intervenidas:** _____
Acciones de control Vectorial: Si ☐ **No** ☐ **Lecturas de Cloro: Si** ☐ **No** ☐ **Distribución de Puriagua: Si** ☐ **No** ☐ **Vacunación Canina y Felina: Si** ☐ **No** ☐ **Desratización: Si** ☐ **No** ☐
Otras Actividades realizadas de Prevención y Control: _____

Nombre y Firma de profesional que coordino visita domiciliar: _____

IX CLASIFICACIÓN

Correlación con otros casos: Caso índice ☐ Caso Primario ☐ Caso secundario ☐ Caso único ☐
Clasificación final: Confirmado ☐ Descartado ☐ Indeterminado ☐ Reacción vacunal ☐ Reacción alérgica ☐ Inadecuadamente investigado ☐ Otro Dx. ☐
Desconocido

Criterio para confirmación: Laboratorio ☐ Nexo epidemiológico ☐ Clínica ☐ **Condición:** Vivo ☐ Muerto ☐ **Fecha de defunción:** _____/_____/_____

_____
Firma y Sello del epidemiólogo o Referente local que cierra caso

Fecha de cierre de informe: _____/ _____/_____

Seguimiento de contactos hasta 30 días después de erupción de caso (EFE) en casos confirmados: Si ☐ No ☐ **Fecha:** ____/_____/_____
Seguimiento a los 60 días de PFA: Si ☐ No ☐ Fecha de seguimiento: _____/ _____ / _____ Parálisis residual: Si ☐ No ☐ Atrofia: Si ☐ No ☐ Compatible con polio: Si ☐ No ☐

Toda investigación de caso deberá estar cerrada antes de los 30 días después de haber sido notificado

GOBIERNO DE EL SALVADOR

REPÚBLICA DE EL SALVADOR
SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
REPORTE EPIDEMIOLOGICO AGRUPADO SEMANAL (VIGEPES 04)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____SEMANA _____No.:_____DEL:_____DE:_____AL:____DE:_____DEL :20_____

MUNICIPIO:_____DEPARTAMENTO.:_____ NOMBRE MEDICO RESPONSABLE DE INFORMACION:_____ CARGO:_____

Grupo de diagnósticos	DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																							
		<1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 y mas años		Total esta semana			Total acumulado año a la fecha		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Total	M	F	Total
Enfermedades Inmunoprevenibles	Parotiditis Infecciosa																								
	Varicela																								
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	Diarrea, enteritis y gastroenteritis																								
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Clamidia																								
	Infección por Herpes tipo 2																								
	Linfogranuloma venéreo																								
	Chancro blando o chancroide																								
	Tricomoniasis urogenital																								
Enfermedades respiratorias	Infecciones respiratorias agudas de vías superiores (IRAS)																								
AGRESION POR ANIMALES	Persona expuesta al riesgo de rabia																								

© Ministerio de Salud

Anexo 2. Formato de informe de investigación

Región de Salud _____
SIBASI _____
UCSF _____

Informe investigación caso sospechosos de sarampión/rubéola

Responsable: _____, Epidemiólogo Región /SIBASI _____
Enfermera Supervisora Región /SIBASI_____

Caso n.º_____ (Año)_____

- Datos de identificación

Nombre:_____ fecha de nacimiento: ____/____/_____
Edad: _____ años o meses Sexo: femenino o masculino DUI: _____ _ _____
Departamento: _____ Municipio/ Distrito: _____
Nacionalidad: _____País de residencia: _____
Nombre del responsable: (en caso de menores de edad): _____
Dirección: _____ Área: Rural o Urbana_____
Ocupación: _____Escolaridad: niguna, básica, bach., téc., univ._____
Centro de estudio:_____ Teléfono: _____
Diagnóstico: Enfermedad febril eruptiva
Fecha y hora de notificación local: _____ /_____/_____ (día/mes/año)
Fuente de notificación: consulta, búsqueda activa, laboratorial, otro.
Fecha de notificacion nacional: _____ /_____ /_____(día/mes/año)
ID VIGEPES : _____ Número de expediente: _____
Fecha de aplicación de última dosis de SPR: _____/_____ /_____ (día/mes/año)

Fecha de investigación: _____ /_____ /_____(día/mes/año)
Fecha elaboración de informe: _____ /_____ /_____(día/mes/año)

- ## Cuadro clínico que sustenta sospecha diagnóstica

Paciente (si es una embarazada, describir formula obstétrica y semanas de gestación; si está en el puerperio, describir además fecha y lugar de parto) refiere que el día_____ / _____/_____inicia fiebre de XXXX intensidad, cuantificada (o no cuantificada)_____o C acompañada de_____y _____; además refiere inicio de exantema el día ____/_____/_____ de tipo maculo papular, vesicular, otro que inicia en lugar del cuerpo con progresión céfalo caudal, cintrífuga, centrípeta, otro y con mayor distribución en tronco, extremidades, lugar del cuerpo, pruriginosa o no pruriginosa. Describir o negar SIEMPRE: Tos, coriza, conjuntivitis, aparecimiento de adenopatías, artralgias, etc. Por lo que consulta en establecimiento de salud donde diagnostican _____ y dan manejo ambulatorio, referencia, hospitalario y se le da tratamiento_____ y le indican _____ (si es referida describir el motivo de referencia y lugar al que refieren).

Examen físico: Signos vitales

Describir datos relevantes, siempre describir el exantema, adenopatías y negar las manchas de Koplick.

Cuadro clínico (resumen):

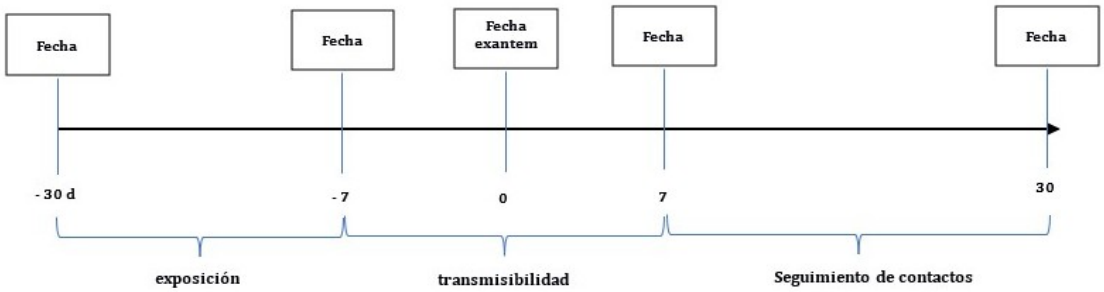
Signo o síntoma	Si	No	Fecha inicio	Observaciones (S.Gestación, lugar hospitalización, otro)
Fiebre				
Exantema				
Tos				
Conjuntivitis				
Coriza				
Adenopatías				
Manchas de Koplick				
Artralgia				
Embarazo				
Hospitalización				

- ## Estado vacunal del caso

Fuente de datos de vacunación: tarjeta de vacunación, registro de servicio de salud, verbal, no hay historia de vacunación.

Tipo de vacuna	Total dosis	Fecha de aplicación			
		1° dosis	2°dosis	3° dosis	Ultimo refuerzo
SPR	_____	__/___/___	__/___/___	__/___/___	__/___/___
SR					
Otra					

- ## Línea del tiempo :



- ## Antecedentes de exposición y fuente probable de infección

Viajes dentro o fuera del país durante período de exposición

Lugar visitado	Fecha entrada	Fecha salida	¿Contacto con sospechoso de Sarampión o rubéola?		Observaciones
			Si	No	

- ## Seguimiento de contactos

Total de contactos (durante el período de transmisibilidad): _____

Nombre	Edad	Sexo	Nexo	síntomas		Vacunado contra S/R		embarazo		Toma de muestra (si o no)	Resultado (pos o neg)	Estado al final del seguimiento (sano o caso)
				Si	No	Si	No	Si	No			

Describir si algunos son de un AGI diferente y se necesita informar a otro establecimiento para hacer investigación. Si es un extranjero, describir lugar de procedencia y como puede contactarse. Cualquier situación relacionada al seguimiento de contactos.

- ## Laboratorio

Tipo de muestra	Sangre	Hisopado nasofaríngeo	Orina	Otra muestra (2da)
Fecha toma de muestra				
Fecha de envío				
Fecha recepción de muestra				
Prueba realizada				
Resultado				
Observaciones				

- ## Cobertura de vacunación SPR 1 y 2 de la localidad de residencia del caso

Colocar coberturas de la localidad de los últimos 5 años (si no se tienen de la localidad, colocar la del municipio).

AÑOS	SPR 1	SPR 2

Total de cobertura de vacunación de campaña de vacunación de SPR del año: _____.

- ## Acciones de control y prevención

Visita domiciliar

Fecha de visita: _____/_____/_____

Total de viviendas de la localidad: _____

Total de viviendas visitadas: _____ (%)

Población total de la localidad: _____

Total de sospechosos encontrados: _____

Total de personas susceptibles (no vacunados): _____

Total de personas vacunadas: _____

Monitoreos rápidos de cobertura de vacunación

Lugar	Niños encontrados en casa efectiva				Niños encontrados con esquema de vacunación de acuerdo a su edad				Cobertura de vacunación SPR			
	Niño < 1 año	Niño de 1 año a 364 días	Niño de 2-3 a	Niños de 4 años + 364 días	Niño < 1 año	Niño de 1 año a 364 días	Niño de 2-3 a	Niños de 4 años + 364 días	Niño < 1 año	Niño de 1 año a 364 días	Niño de 2-3 a	Niños 4 años + 364 días

Describir otras actividades realizadas como charlas, reuniones de coordinación, entre otras.

Clasificación

- **Clasificación final:** Descartado, confirmado a Sarampión o Rubéola, reacción posvacunal.
- **Criterio para confirmación o descarte**: Laboratorio, nexo epidemiológico, clínica.
- **Correlación con otros casos**: Caso índice, primario, secundario, caso único.
- **Origen de la infección:** Autóctono, importado, desconocido, otro.

Anexos

- Croquis de residencia del caso
- Monitoreos rápido de vacunación
- VIGEPES 03
- Resultados de laboratorio
- Visita de los 30 días

Nombre, firma y sello del médico:_____

Fecha de cierre de informe:_____

Anexo 3
Medidas de aislamiento domiciliar para casos confirmados y contactos de sarampión o rubéola

1. **Aislamiento en una habitación individual:** El paciente debe permanecer en una habitación separada de los demás miembros de la familia.
2. **Ventilación adecuada:** Mantener las ventanas abiertas para asegurar una buena circulación de aire.
3. **Uso de mascarillas:** Tanto el paciente como las personas que lo cuidan deben usar mascarillas quirúrgicas o de mayor nivel de protección para evitar la propagación del virus.
4. **Higiene personal:** Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, especialmente después de tocar al paciente o sus fluidos corporales.
5. **Limpieza y desinfección:** Limpiar y desinfectar regularmente las superficies que el paciente toque, como manijas de puertas, interruptores de luz, entre otros
6. **Evitar visitas**: Limitar las visitas a la casa y evitar que personas que no estén en contacto cercano con el paciente entren en contacto con él.
7. **Cuidado con la ropa y utensilios:** Lavar la ropa y los utensilios del paciente por separado y con agua caliente.
8. **Monitoreo de síntomas:** Mantener un registro de los síntomas y la temperatura del paciente, y contactar al centro de salud si los síntomas empeoran

Anexo 4
Medidas de aislamiento domiciliar para casos confirmados de síndrome de rubéola congénita

1. Precauciones generales

a) Higiene de manos: Lavado frecuente con agua y jabón o uso de alcohol gel, especialmente después de estar en contacto con el bebé o sus secreciones.
b) Uso de mascarilla: Aunque la transmisión principal es por gotas respiratorias, si la madre debe interactuar con otras personas susceptibles (por ejemplo, mujeres embarazadas), se recomienda el uso de mascarilla quirúrgica.
c) Uso de guantes: No es obligatorio para el cuidado diario, pero se recomienda al manipular secreciones corporales del bebé (mocos, saliva, orina).

2. Cuidado en el hogar

a) Aislamiento del bebé: Mantener al niño con SRC alejado de personas susceptibles, especialmente mujeres embarazadas que no estén vacunadas o no tengan inmunidad confirmada.
b) Desinfección de superficies: Limpie regularmente objetos y superficies en contacto con el bebé (pañales, juguetes, ropa de cama) con soluciones desinfectantes adecuadas.
c) Manejo de pañales y secreciones: Desechar pañales y otros desechos biológicos en bolsas cerradas, y lavar bien las manos después de cambiar al bebé.

3. Medidas en lugares públicos

a) Evite llevar al niño a guarderías, hospitales o lugares donde haya embarazadas susceptibles.
b) Si es necesario acudir a una consulta médica, informe al personal de salud sobre el diagnóstico del niño para que tomen precauciones.

4. Educación y vigilancia

a) La madre debe estar informada sobre el tiempo de eliminación del virus (puede ser hasta 1 año en orina y secreciones nasofaríngeas).
b) Debe asegurarse de que las personas que conviven con el niño tengan vacunación completa contra la rubéola (vacuna triple viral o doble viral).
c) Estar atenta a síntomas en contactos susceptibles y reportar cualquier caso sospechoso a las autoridades de salud.

5. Protección personal de la madre

a) Si la madre ya tuvo rubéola o está vacunada, tiene inmunidad y no corre riesgo personal de enfermedad. Sin embargo, debe seguir estas medidas para evitar actuar como un vector del virus hacia personas susceptibles.
b) En resumen, las medidas incluyen higiene de manos, uso de mascarilla en entornos de riesgo, aislamiento del niño de personas susceptibles y desinfección de objetos y superficies. La prevención mediante la vacunación sigue siendo la mejor estrategia para evitar la propagación del virus.

Anexo 5

Registro de búsqueda activa institucional de casos sospechosos de sarampión, rubéola y enfermedad febril eruptiva

REGISTRO DE BÚSQUEDA ACTIVA Institucional DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN , RUBEOLA Y ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA

Establecimiento de salud:_____-

Mes investigado:_____-

Total de consultas médicas(todas las causas) del mes a investigar:_____

Fecha de inicio:_____- fecha de finalización_____de la investigación

instituciones: MINSAL ☐ ISSS ☐ FOSALUD ☐ COSAM ☐

N°	iagnostio a investiga	numero de expediente clinico	datos clínicos						cumple definicion de caso 1_/				Nombre De La Persona Sospechosa	Edad			Antecedentes Vacunal SPR/SR			vigepes 01(notificado)		Vigepes 02 (toma de muestra)				Vigepes 03 (investigado y cierre de caso)			
																										investigado		cerrado	
			Exantema	Fiebre	Tos	Coriza	Conjuntivitis	Adenopatias	Sarampion	Rubeola	EFE	No Cumple		años	meses	dias	si	no	dato	si	no	sangre	orina	Hisopado nasofaringeo	ninguna	si	no	si	no
total																													

1_/ las siguientes variables del registro deben anotarse si la persona cumple con la definicion de casos sospechoso

nombre y cargo de la persona que realiza la actividad:_____

Anexo 6

Registro de búsqueda activa institucional de rubéola congénita en zona de riesgo

REGISTRO DE BUSQUEDA ACTIVA Institucional De Rubeola Congénita EN ZONA DE RIESGO

establecimiento de salud:_____-
mes investigado:_____-
total de consultas médicas(todas las causas) del mes a investigar:_____
fecha de inicio:_____- fecha de finalización_____de la investigación

instituciones: MINSAL ISSS FOSALUD COSAM

N°	diagnostio a investigar	numero de expediente clinico	Malformaciones 1_/						otros			cumple definicion de caso 2_/		nombre del niño(a) sospechoso (a)	edad	sexo		madre con antecedente de febril eruptiva en embarazo			madre con antecedente vacunal: SPR/SR			Vigepes 02 (toma de muestra)				Vigepes 03 (investigado y cierre de caso)			
																												investigado		cerrado	
			microcefalia	cardiacas	oculares	oseas	sordera	otras	esplenomegal	hepatomogalia	purpura	si	no			M	F	si	no	no dato	si	no	no dato	sangre	orina	Hisopado nasofaringeo	ninguna	si	no	si	no
total																															

1_/ Ir Cardiacas: persistencia de conducto arterioso(PCA), estenosis de la arteria pulmonar, estenosis de la valvula tricuspide, coartacion aortica, conducto intravertriculas (CIV) y conducto intrauricular(CIA)
Oculares: cataratas, glaucoma, retinopatia pigmentaria
Oseas: osteitis radiolucida.

2_/ la siguiente variable del registro deben anotarse si la persona cumple con la definicion de caso sospechoso.

nombre y cargo de la persona que realiza la actividad:_____

Anexo 7

Registro de búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de sarampión y rubéola en zonas de riesgo

REGISTRO DE BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y RUBEOLA EN ZONA DE RIESGO

Establecimiento de salud:_____-
departamento:_____
municipio:_____
cantón/barrio/colonia (donde se realiza la búsqueda):_____
fecha de inicio:_____ fecha de finalización:_____ de la investigación

N° correlativo de casa	N° correlativo de casa	En los últimos 30 dias cuantas personas sospechosas hubieron en la vivienda 1_/			nombre de la persona sospechosa	edad			sexo		personas sospechosas con antecedentes vacunal SRP/SR		personas sospechosas que ha consultado en algun servicio de salud		persona sospechosa que consulto y fue notificada (vigepes 01) 2_/	
		sarampión	rubeola	EFE		años	meses	días	M	F	si	no	si	no	si	no

1_/ la siguiente variable del registro deben anotarse si la persona cumple con la definicion de caso sospechoso.
2_/ llevar listado de vigepes para verificar su notificacion, si no ha sido notificado continuar con el llenado de vigepes 01, 02 y 03 en el momento de la visita

nombre y cargo de la persona responsable de realizar la actividad:_____

Anexo 8

Tabulador de búsqueda activa institucional para casos sospechosos de sarampión, rubéola y enfermedad febril eruptiva

TABULADOR DE BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL PARA CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPION, RUBEOLA Y ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA

instituciones: MINSAL ☐ ISSS ☐
FOSALUD ☐ COSAM ☐

Establecimiento De Salud:_____ mes:_____ año:_____

actividad		mes investigado												total
		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	
total de consultas medicas(todas las causas) del mes a investigar														
total de expedientes revisados														
total de personas que cumplen definición de caso	Sarampion													
	Rubeola													
	Enfermedad Febril Eruptiva (EFE)													
	No Cumple													
Edad	menor de un año													
	1 a 4 años													
	6 a 11 años													
	12 a 18 años													
	18 y mas años													
total de personas que cumplen definicion de caso con antecedes	con antecedentes vacunal (Si)													
	sin dato de vacuna expediente clinico (no dato)													
total de casos notificados (vigepes 01)(si)														
total de casos con muestra (vigepes 02)	sangre													
	orina													
	hispado nasofaringeo													
	ninguna													
total de casos investigados (vigepes 03)(si)														
total de casos cerrados (vigepesn03) (si)														

Anexo 9

Tabulador de búsqueda activa institucional para casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita

TABULADOR DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL PARA CASOS SOSPECHOSOS DE SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA

instituciones: MINSAL ☐ FOSALUD ☐ ISSS ☐ COSAM ☐

Establecimiento De Salud:_____ mes:_____ año:_____

actividad		mes investigado												total
		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	
total de consultas medicas(todas las causas) del mes a investigar														
total de expedientes revisados														
total de malformaciones 1_/	microcefalia													
	cardiacas													
	oculares													
	oseas													
	sordera													
	otras													
total de personas que cumplen definicion de casos														
edad	menor de 1 mes													
	De 1 a 11 meses													
sexo	masculino													
	femenino													
total de madres con antecedentes de enfermedad febril	con antecedente (si)													
	no dato en el expediente clinico													
total de madres vacunadas con	vacuna (SI)													
	no dato en el expediente clinico													
total de casos notificados (vigepes 01)(si)														
total de casos con muestra (vigepes 02)	sangre													
	orina													
	hispado nasofaringeo													
	ninguna													
total de casos investigados (vigepes 03)(si)														
total de casos cerrados (vigepesn03) (si)														

1_/ Incluye: Cardiacas: persistencia de conducto arterioso(PCA), estenosis de la arteria pulmonar, estenosis de la valvula tricuspide, coartacion aortica, conducto intravertriculas (CIV) y conducto intrauricular(CIA)
Oculares: cataratas, glaucoma, retinopatia pigmentaria
Oseas: osteitis radiolucida.