



MINISTERIO
DE SALUD

Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis

El Salvador, 2025.



MINISTERIO
DE SALUD

Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis

El Salvador, 2025.



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*



MINISTERIO
DE SALUD

Distrito de San Salvador y Capital de la República, 28 de octubre del 2025.

Acuerdo n.º 2772


El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando:

- I. Que de acuerdo al numeral 2 del artículo 42 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo y numeral 4 del artículo 41 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, la organización, reglamentación, emisión de normas y técnicas, así como la coordinación del funcionamiento y las atribuciones de los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, que permitan el resguardo de la salud de la población.
- II. Que de acuerdo a los artículos 129, 130, 131 y 162 del Código de Salud corresponde al Ministerio de Salud efectuar acciones contra las enfermedades transmisibles y zoonosis, teniendo a su cargo el control de ella, y dentro de las cuales se encuentra la leishmaniasis.
- III. Que la Ley de Procedimientos Administrativos regula los requisitos de validez y eficacia de las actuaciones administrativas y el ejercicio de la potestad normativa de la Administración Pública, incluyendo la obligación para las instituciones de adecuar sus normativas a dicha ley.
- IV. Que es necesario desarrollar un procedimiento que regule las acciones de vigilancia y control de la leishmaniasis por parte del Ministerio de Salud.

Por tanto, en uso de las facultades legales, **acuerda** emitir el siguiente:

Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 1 de 14

Aprobaciones			
Función	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por	Ing. José Eduardo Romero Chevez	Jefe de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades transmitidas por Vectores	
Revisado por	Lic. Fredy Alberto Funes Erazo	Director de Salud Ambiental	
	Ing. Kevin Miguel Guevara Cárcamo	Director de Planificación Ad honorem	
Aprobado por	Dra. Karla Marina Díaz de Naves	Viceministra de Operaciones en Salud Ad honorem	



Índice

I.	Introducción	2
II.	Objetivos	2
III.	Alcance	2
IV.	Responsabilidades	2
V.	Definiciones y siglas	3
VI.	Contenido técnico	3
	A.1. Consideraciones especiales	3
	A.2. Marco normativo	4
	A.3. Descripción de las actividades del procedimiento	4
	A.4. Diagrama de flujo	6
VII.	Disposiciones finales	7
VIII.	Vigencia	7
IX.	Anexos	8
X.	Historial de cambios	14

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 2 de 14

I. Introducción

Este procedimiento establece las acciones técnicas, operativas y administrativas para la vigilancia, diagnóstico, control vectorial y seguimiento de casos de Leishmaniasis en El Salvador. Su aplicación busca prevenir la transmisión zoonótica, mejorar la detección oportuna de casos cutáneos y viscerales, y fortalecer la capacidad institucional para responder de forma integral, en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud.

II. Objetivo

Establecer los procedimientos para la vigilancia y reducción del riesgo de transmisión de leishmaniasis, mediante la identificación precoz de casos, la notificación oportuna, la ejecución de acciones de control de foco, la vigilancia entomológica y la articulación intersectorial en zonas endémicas.

III. Alcance

El presente procedimiento es de obligatorio cumplimiento para el personal de la DISAM y sus delegados, en el ejercicio de sus funciones, así como a todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas involucradas en la vigilancia y reducción del riesgo de transmisión de leishmaniasis,


El procedimiento inicia con la sospecha clínica en el establecimiento de salud y la indicación de prueba diagnóstica, y finaliza con el registro de las actividades en los sistemas de información oficiales y la evaluación de impacto de las acciones de control vectorial. Aplica a todos los niveles del sistema nacional de salud involucrados en la vigilancia de enfermedades transmitidas por flebotomos.

IV. Responsabilidades

Supervisor de ITSA /ITSA /Promotor de salud / Personal de vectores nivel regional y SIBASI: Define y planifica las acciones de vigilancia entomológica, prevención y control de la leishmaniasis en el territorio, según el plan operativo anual. Articula acciones para garantizar la ejecución de las actividades programadas, según plan operativo. Inspecciona áreas de riesgo, captura flebotomos y evalúa factores ambientales que favorecen la presencia del vector transmisor.

Director regional, coordinador del SIBAS, director del establecimiento: Coordina e indica se desarrollen actividades educativas y de sensibilización sobre uso de barreras físicas, repelentes, manejo de desechos y ordenamiento del entorno domiciliario y peri domiciliario.

Inspector técnico en salud ambiental /Personal de vectores nivel regional y SIBASI: Aplica medidas de control focalizado como rociado residual, eliminación de criaderos y otras

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 3 de 14

intervenciones para reducir la población de flebótomos, siguiendo criterios técnicos y medidas de bioseguridad. Documenta las acciones realizadas en los formularios oficiales y sistemas de información, asegurando la trazabilidad y disponibilidad de los datos para análisis y toma de decisiones.

V. Definiciones y siglas

Definiciones

Control de foco: Intervención inmediata en el entorno del caso confirmado para cortar la transmisión.

Encuesta basal: Levantamiento entomológico en el 100% de viviendas de un área determinada.

Flebótomo: Insecto vector de la leishmaniasis.

Leishmaniasis: Enfermedad parasitaria causada por protozoarios del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de flebótomos.

Sigla sy Acrónimos

ITSA: Inspector técnico de salud ambiental.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

SUIS: Sistema Único de Información en Salud.


UVETV: Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

VIGEPES: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Sanitaria.

VI. Contenido técnico

A.1. Consideraciones especiales

- La vigilancia debe incluir la identificación de reservorios animales, especialmente perros en zonas rurales.
- Las acciones de control deben adaptarse a contextos periurbanos y rurales, considerando factores ambientales y socioculturales.
- Se recomienda la conformación de equipos multidisciplinarios para el control de foco, incluyendo personal de salud, salud ambiental, laboratorio y agricultura.
- La programación anual debe contemplar la captura de flebótomos y la evaluación de impacto de las intervenciones.
- La coordinación intersectorial con el Ministerio de Agricultura y Ganadería es clave para el abordaje zoonótico.
- La vigilancia activa en animales domésticos debe mantenerse en zonas con antecedentes de transmisión visceral.


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 4 de 14

A.2. Marco normativo

- Norma técnica para el abordaje integral de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
- Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de Leishmaniasis.
- Formulario 1. Indicadores de monitoreo y evaluación para leishmaniasis.
- Formulario 2. Registro semanal obligatorio de las actividades antivectoriales para control de vector de la leishmaniasis.
- Formulario 3. VIGEPES 01.
- Formulario 4. VIGEPES 02.
- Formulario 5. VIGEPES 03.

A.3. Descripción de las actividades del procedimiento

Vigilancia y control de la leishmaniasis				
n.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa
1	Supervisor de ITSA/ITSA/ Promotor de salud/ Personal de vectores nivel regional y SIBASI	Programar actividades de vigilancia y control	Define y planifica las acciones de vigilancia entomológica, prevención y control de la leishmaniasis en el territorio, según el plan operativo anual.	Normativa 1 y 2 Plan operativo de vigilancia y control de la leishmaniasis.
2	Supervisor de ITSA/ ITSA/ Promotor de salud / Personal de vectores nivel regional y SIBASI	Coordinar acciones de vigilancia entomológica	Articula acciones para garantizar la ejecución de las actividades programadas, según plan operativo.	Normativa 1 y 2 Plan operativo de vigilancia y control de la leishmaniasis.
3	Inspector técnico en salud ambiental/ Promotor de salud/ Personal de vectores nivel regional y SIBASI	Realizar vigilancia entomológica	Inspecciona áreas de riesgo, captura flebotomos y evalúa factores ambientales que favorecen la presencia del vector transmisor.	Normativa 1 y 2
4	Director regional, coordinador del SIBAS, director del establecimiento	Promover medidas de protección personal y mejoramiento del ambiente	Coordina e indica se desarrollen actividades educativas y de sensibilización sobre uso de barreras físicas, repelentes, manejo de desechos y ordenamiento del entorno domiciliario y peridomiciliar.	Normativa 1 y 2
5	Inspector técnico en salud ambiental/ Personal de	Ejecutar acciones de control vectorial	Aplica medidas de control focalizado como rociado residual, eliminación de criaderos y otras intervenciones para reducir la población de flebotomos, siguiendo criterios técnicos y medidas	Normativa 1 y 2

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
		Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
			Página 5 de 14

	vectores nivel regional y SIBASI		de bioseguridad.	
6	Inspector técnico en salud ambiental/ Personal de vectores nivel regional y SIBASI	Registrar información en formatos establecidos	Documenta las acciones realizadas en los formularios oficiales y sistemas de información, asegurando la trazabilidad y disponibilidad de los datos para análisis y toma de decisiones.	Normativa 1 y 2

A.4. Diagrama de flujo

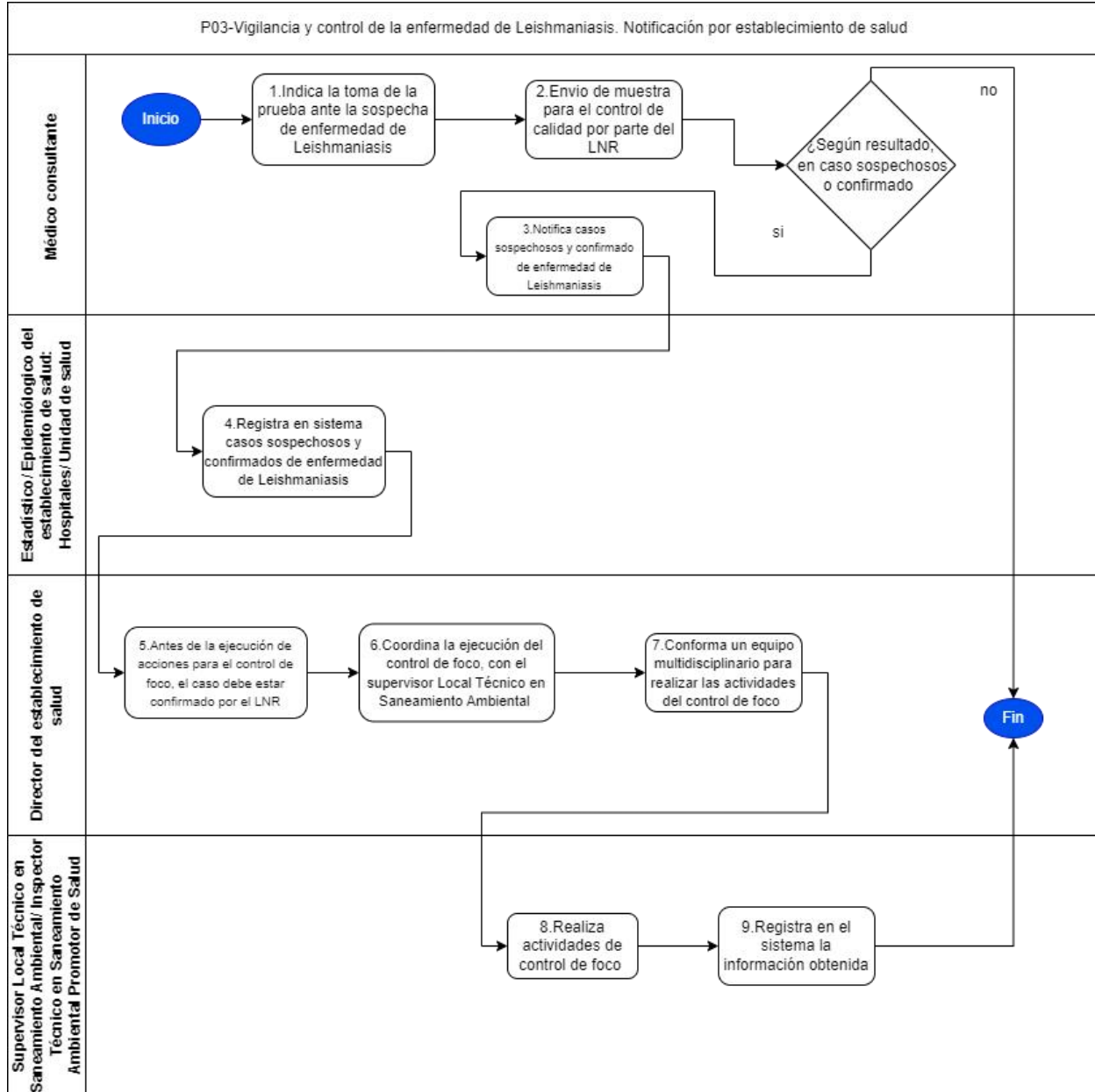



Figura 1: Diagrama de flujo “Procedimiento para la vigilancia y control de la enfermedad de la leishmaniasis”

Fuente: Elaboración propia por el Equipo de documentación y levantamiento de procesos y procedimientos DISAM, 2025

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
		Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
			Página 7 de 14

VII. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Ministerio de Salud, dar cumplimiento al presente procedimiento, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

El presente procedimiento será revisado y actualizado cuando existan cambios en su desarrollo, cuando finalice su vigencia o se determine necesario hacer cambios por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente Procedimiento, 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.


VIII. Vigencia

El presente procedimiento entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma del mismo, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese.




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


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 8 de 14

IX. Anexos


Anexo 1: Formulario 1



 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-183
	Construcción de indicadores	Versión 01
		Página 1 de 1

Tipo de indicador	Construcción de indicador	Frecuencia de evaluación	Responsable
Proceso	$\frac{\text{establecimientos con notificación de sospechosos}}{\text{total de establecimientos de salud del SIBASI}} \times 100$	Anual	UVETV
Proceso	$\frac{\text{establecimientos con casos confirmados}}{\text{total de establecimientos con notificación de sospechosos}} \times 100$	Anual	UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de casos confirmados con documentación en ficha clínica}}{\text{Total de casos confirmados}} \times 100$	Mensual	UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de casos diagnosticados x laboratorio}}{\# \text{ de casos notificados al SISNAVE}} \times 100$	Semanal	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de px con evaluación de laboratorio pretratamiento}}{\text{Total de casos ingresados a tratamiento}} \times 100$	Mensual	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de px con evaluación de laboratorio postratamiento}}{\text{Total de casos que finalizan tratamiento}} \times 100$	Mensual	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de casos confirmados por método diagnóstico}}{\text{Total de casos muestreados por cada método}} \times 100$	Semanal	UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de casos confirmados que reciben tratamiento}}{\# \text{ De casos confirmados}} \times 100$	Mensual	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\text{Número de municipios con acciones de control}}{\text{Número de municipios con presencia del vector}} \times 100$	Trimestral	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\text{Número de municipios que desarrollan actividades}}{\text{Número de municipios con presencia de casos}} \times 100$	Trimestral	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\text{Número de casos con tratamiento regular}}{\text{Total de casos tratados}} \times 100$	Semestral	SIBASI, región de salud, UVETV
Proceso	$\frac{\# \text{ de pacientes con seguimiento postratamiento hasta 12m}}{\text{Total de pacientes que finalizaron tratamiento.}} \times 100$	Anual	SIBASI, región de salud, UVETV
Resultado	$\frac{\# \text{ de casos confirmados por presentación clínica}}{\text{Total de la población a riesgo}} \times 100,000$	Anual	SIBASI, Región de salud, UVETV


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 10 de 14

Anexo 3: Formulario 3


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-181
	Formulario para solicitud de examen por enfermedad objetivo de vigilancia sanitaria (VIGEPES-02)	Versión 01
		Página 1 de 1


 República de El Salvador SISTEMA NACIONAL DE SALUD		 MINISTERIO 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: <input type="text"/> Años <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>	6. Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>	
<input type="text"/> 7. Apellidos	<input type="text"/> Nombres (Letra Molde)	
8. Nombre de responsable si es menor de edad:		
9. Dirección Completa: <input type="text"/> / <input type="text"/> Departamento / <input type="text"/> Municipio		
10. Embarazada: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	11. Semanas de Amenorrea: <input type="text"/>	
12. Diagnóstico clínico/ sospecha diagnóstica: <input type="text"/>		
13. Fecha de Inicio de Sintoma: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	14. Condición: Vivo <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/>	
15. Fecha de defunción: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	16. Nombre del médico que notifica: <input type="text"/>	

USO EXCLUSIVO DEL NIVEL LOCAL QUE COLECTA MUESTRA		No. ID VIGEPES: <input type="text"/>
Nombre del establecimiento: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Tipo de Vigilancia: Por enfermedad Objeto de Vigilancia <input type="radio"/> Vigilancia Cetinela Integral <input type="radio"/> Brote <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
Tipo de Muestra: Sangre <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces <input type="radio"/> LCR <input type="radio"/> Hisopado de la garganta		
Aspirado/hisopado nasofaríngeo <input type="radio"/> Hisopado rectal <input type="radio"/> Tejido <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> : <input type="text"/>		
Número de Muestra: Primera muestra <input type="radio"/> Segunda Muestra <input type="radio"/> Tercera Muestra (si se justifica) <input type="radio"/>		
Motivo de análisis: Para estudio <input type="radio"/> Para confirmación <input type="radio"/> Por seguimiento de caso <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
Observaciones: <input type="text"/>		
Número de ID de la Muestra: <input type="text"/>	Fecha de toma de muestra: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fecha de envió: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
_____ Firma y Sello del profesional de laboratorio		_____ Sello del laboratorio

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 11 de 14

Anexo 4: Formulario 4

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-159
	Formulario para notificación individual de enfermedades objetivo de vigilancia sanitaria (VIGEPES-01)	Versión 01
		Página 1 de 1

 GOBIERNO DE EL SALVADOR República de El Salvador SISTEMA NACIONAL 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: <input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Hijo	
5. No. DUI o Pasaporte : _____		6. Fecha de nacimiento: ____/____/____
7. Edad: ____ Años ____ Mes ____ Dias		
8. Apellidos: _____	Nombres: _____	
9. Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable: _____	10. Sexo: <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.	
11 Dirección Completa: _____	12. Area: <input type="checkbox"/> Urbano. <input type="checkbox"/> Rural	
Departamento: _____ Municipio: _____	13. Nacionalidad: _____	
Localidad: : _____	14. Residencia: _____	
	15. Teléfono: : _____	
16. Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del Centro Educativo (Completar esta información únicamente si es un estudiante)		
17. Antecedentes Obstétricos: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> No Aplica <small>(aplica únicamente para mujeres en edad reproductiva)</small>		
18. Semanas de amenorrea: _____		
19. Manejo: <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalario <input type="checkbox"/> Referido a: _____		
20. Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica		
21. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	22. Fecha de notificación: ____/____/____	
23. Condición: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> 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 control para su registro en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde.		
© Ministerio de Salud	Código: BDE03130	Dirección de Epidemiología Mayo 2021



MINISTERIO DE SALUD

M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL

Código:
M02-VS-DISAM-PRO-43

Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis

Versión 01

Página 12 de 14

Anexo 5: Formulario 5



MINISTERIO DE SALUD

M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL

Código:
M02-VS-DISAM-FOR-182

Formulario para investigación y cierre de enfermedades objetivo de vigilancia sanitaria (VIGEPES-03)

Versión 01

Página 1 de 2

República de El Salvador
SISTEMA NACIONAL 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: Masc. Fem.

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 _____

Fecha de Inicio de Síntoma: ____/____/____ Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

II. Antecedentes Contribuyentes	Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	EPH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ER <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

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 DIAGNOSTICO CLINICO O SOSPECHA DIAGNOSTICA

SIGNOS Y SINTOMAS: Fiebre Sí No No Aplica Temperatura: ____ °C Fecha de Inicio de Fiebre: ____/____/____

Exantema: Sí No Duración de exantema: ____ días Fecha de Inicio: ____/____/____

Tipo de Exantema: Escarlatina Vesicular Otro Desconocido

III.1. SARAMPIÓN O RUBÉOLA

Tím: Sí No Conjuntivitis: Sí No Cefalea: Sí No

Manchas de Koplik: Sí No Adenopatía: Sí No Artralgias: Sí No

III.2. PARÁLISIS DE LA CÉLULA MOTORA

PRODRÓMOS: Fiebre: Sí No Respiratorio: Sí No Gastrointestinal: Sí No

SIGNOS: Déficit muscular: Sí No Signos Meningéicos: Sí No

III.3. SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (1 año de edad)

Clasificación inicial del caso: Por datos clínicos: Sí No Anamnésticos: Sí No

Por ser madre: Sí No Sospecha de rubéola: Sí No

APGAR: (1 a 10) _____

Raquis: Sí No Síntomas: Sí No

Diagnóstico: Sí No Desconocido

Localización de Parálisis: Sí No Desconocido

Reflejos y Sensibilidad: Sí No Desconocido

III.4. DIFTERIA

Cough: Sí No Tonsilitis: Sí No

Exantema: Sí No Eritema: Sí No

Amigdalitis: Sí No Tórax empujante: Sí No

Adenopatía: Sí No Tórax persistente > 2 semanas: Sí No

Edema de la garganta: Sí No

III.5. TETANO

Alimentación y Sntomas normales en primeros 48 horas de vida: Sí No

Incapacidad para succión (bucal): Sí No

Convulsiones: Sí No

III.6. COLERA

Diarrea: Sí No Vómitos: Sí No

Deshidratación: Sí No

III.7. PALUDEMIA

Fiebre Intermitente: Sí No Fiebre Amarilla: Sí No

Escoleriosis: Sí No Leptospirosis: Sí No

Cefalea: Sí No Mialgia en músculos y pantorrillas: Sí No

Sudoración Profusa: Sí No Cefalea: Sí No

Urticaria: Sí No Mieloma: Sí No

Leucopenia: Sí No Anemia: Sí No

Conjunción conjuntival bilateral: Sí No

III.8. Dengue Grave

Fuente de Contacto: Sí No Asintomático: Sí No

Acumulación de líquidos: Sí No Distorsión Respiratoria: Sí No

Sangrado interno: Sí No Várices parasitarias: Sí No

Letargo o inconsciencia: Sí No Haptometría > 2 cm: Sí No

Dolor Abdominal Intenso y sostenido: Sí No

III.9. Rabia Humana

Color ocular en sitio de agresión: Sí No Anus: Sí No

Parálisis: Sí No Hidrofobia: Sí No

Convulsiones: Sí No Aerofobia: Sí No

Color ocular en sitio de agresión: Sí No Involuntaria: Sí No

Urticaria: Sí No

III.10. Fuente de Contacto

Urbano: Sí No Rural: Sí No

Animal: Sí No Fecha de agresión: ____/____/____

Animal específico: Sí No (para sospecha de rabia)

Antecedentes de viaje al exterior: Sí No País visitado: _____ Fecha de ingreso: ____/____/____

Estuvo en contacto con un caso: Sí No Estuvo en contacto con una embarazada: Sí No Fecha de contacto: ____/____/____

Lugar de contacto: Contacto en casa Comunidad Lugar de trabajo Establecimiento de Salud Escuela Otro: _____

Desconocido

III.11. Vías de Entrada

Probable de Entrada: Ocular Oral Ótica Herida de piel Vaginal Rectal Urinaria

Vías respiratorias Umbilical Post quirúrgico Intravenosa Pie Otro



MINISTERIO DE SALUD

M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL

Código: M02-VS-DISAM-PRO-43

Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis

Versión 01

Página 13 de 14



MINISTERIO DE SALUD

M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL

Código: M02-VS-DISAM-FOR-182

Formulario para investigación y cierre de enfermedades objetivo de vigilancia sanitaria (VIGEPES-03)

Versión 01

Página 2 de 2

HISTORIA MATERNA: Apellidos y Nombre de la madre (aplica para SRC, Tetano neonatal o Sífilis 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: _____
 Viajes: Si No Sem. de embarazo (donde): _____
 Sem. de embarazo (donde): _____
 Donde: _____
 Vacunación contra Rubéola: Si No No. de Dosis: _____
 Fecha de última dosis: _____/_____/_____
 Sífilis confirmada: Si No Sem. de embarazo: _____
 En control Prenatal: Si No Medicado con 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				Tipo de Vacuna	Total dosis	Fecha de aplicación			
		1era dosis	2da dosis	3a dosis	Ultimo refuerzo			1era dosis	2da dosis	3a dosis	Ultimo refuerzo
BCG						DPT					
Poliomielitis						Td					
Pentavalente						Fiebre Amarilla					
SPR						Antirrábica					
SR											

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 sospechosos encontrados: _____ Hay otros casos presentes en el municipio de residencia: Si No
 Viaje 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 viajó durante su enfermedad: Si No
 Lugares visitados: Escuela Lugar de trabajo: Casa de otros familiares: Lugares de congregación: Lugar donde pernoctó: 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		Dosis aplicadas			Fechas de Vacunación	
			< 1a	1 a 4 años	> 5 años	Total localidad	Total visitadas	Susceptibles Encontrados	Susceptibles	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 encuentro


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 Puriguan: Si No Vacunación Canina y Felina: Si No Desratización: Si No
 Otras Actividades realizadas de Prevención y Control: _____
 Nombre y Firma de profesional que coordina 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 MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-43
	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis	Versión 01
		Página 14 de 14

X. Historial de cambios

Versión Origen	Responsable	Fecha del cambio	Tipo de modificación	Nueva versión
00	Director de Salud Ambiental	No aplica	No aplica	Inical