GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Procedimiento para vigilancia y control de arbovirosis (dengue, chikungunya y zika)

El Salvador, 2025.

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Procedimiento para vigilancia y control de arbovirosis (dengue, chikungunya y zika)

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*

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE EL SALVADOR

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

Acuerdo n.° 2771

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 encuentran el dengue, chikungunya y zika, y por lo cual debe dictar y efectuar las acciones necesarias para la vigilancia y control de arbovirosis.

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 arbovirosis por parte del Ministerio de Salud.

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

Procedimiento para vigilancia y control de arbovirosis (dengue, chikungunya y zika)

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 honórem	
Aprobado por	Dra. Karla Marina Diaz 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	5
	A.4.Diagrama de flujo	7
VII.	Disposiciones finales	8
VIII.	Vigencia	8
IX.	Anexos	9
X.	Historial de cambios	17

I. Introducción

El presente procedimiento establece las directrices técnicas y operativas para la vigilancia, prevención y control de arbovirosis en El Salvador, específicamente dengue, chikungunya y zika. Su aplicación busca fortalecer la capacidad institucional para identificar riesgos, ejecutar acciones de control vectorial y generar información estratégica para la toma de decisiones, en concordancia con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

II. Objetivo

Establecer los procedimientos para la vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores, específicamente la arbovirosis (dengue, chikungunya y zika) en la población, mediante la promoción, prevención, vigilancia y control de los mismos.

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 de las enfermedades transmitidas por vectores, específicamente la arbovirosis (dengue, chikungunya y zika).

El procedimiento da inicio desde que se identifican casos de enfermedades transmitidas por arbovirosis en los establecimientos de salud, finalizando con el monitoreo de sistemas de información y la generación del boletín epidemiológico semanal para la toma de decisiones.

IV. Responsabilidades

Epidemiólogo Nivel Superior/regional/SIBASI/establecimiento: Define zonas prioritarias, recursos disponibles y cronograma de intervención según indicadores entomológicos y epidemiológicos.
Director del establecimiento de salud: Coordina con Inspector técnico en salud ambiental/Promotor de salud/Personal de vectores, para que incluyan en su POA las actividades de vigilancia y control de vectores transmisores de arbovirosis. Solicita al supervisor local técnico en salud ambiental, el control de calidad, del control de foco, según lineamientos técnicos.
Inspector técnico en salud ambiental /Promotor de salud/Personal de vectores/Promotor antidengue: Realiza vigilancia entomológica. Ejecuta además acciones de control vectorial.
Supervisor local técnico en salud ambiental: Ejecuta supervisión de las acciones de control de calidad del control de foco.
Jefe de vectores de SIBASI y regional: Verifica resultados de control de calidad en el sistema. Actualiza información de vigilancia entomológica para sala situacional.

Equipo de UVETV: Consolida, analiza información para elaborar el boletín semanal
Jefe de la UVET: Revisa y aprueba el boletín epidemiológico semanal
.

V. Definiciones y siglas

Definiciones

AGI: Área Geográfica de Influencia.

Arbovirosis: Enfermedades virales transmitidas por artrópodos, como el dengue, zika y chikungunya.

Índice de casa (IC): Porcentaje de viviendas inspeccionadas que presentan al menos un criadero positivo de *Aedes aegypti*. Refleja la proporción de hogares con presencia activa del vector. Se determina por la fórmula: N° de vivienda positivas a larvas/ N° vivienda inspeccionadas*100.

ID: índice de depósito (ID): Porcentaje de depósitos (recipientes con agua) que contienen larvas o pupas del zancudo. Permite identificar los tipos de criaderos más frecuentes. La fórmula para su cálculo es: N° de depósitos positivos a larvas /N° de recipientes con agua inspeccionados*100.
Índice de Breteau (IB): Mide la infestación de *Aedes aegypti*, el mosquito transmisor del dengue, calculando el número de recipientes con larvas o pupas por cada 100 viviendas inspeccionadas. Este índice es una herramienta clave en los programas de vigilancia y control del dengue, ya que ayuda a identificar el riesgo de brotes y planificar estrategias de prevención, como la eliminación de criaderos. Se determina por la fórmula: N° de recipientes positivos a larvas/N° vivienda inspeccionadas*100.

Siglas y acrónimos

ITSA: Supervisor /Inspector técnico en salud ambiental.
LNR: Laboratorio Nacional de Referencia.
POA: Plan Operativo Anual.
SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.
SINAVEC: Sistema Nacional de Vectores
UVETV: Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
VIGEPES: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

VI. Contenido técnico

A.1. Consideraciones especiales

Para la adecuada ejecución del procedimiento de vigilancia y control de arbovirosis, se

considerarán los siguientes aspectos técnicos y operativos:

- Coordinación intersectorial e interinstitucional: Es necesario establecer mecanismos de coordinación con actores externos al sistema de salud, como ministerios, municipalidades, centros educativos, organizaciones comunitarias y medios de comunicación, para fortalecer las acciones de prevención, educación y control vectorial.
- Capacitación continua del personal operativo: Se implementarán procesos periódicos de formación técnica para ITSA, promotores de salud y supervisores y personal de vectores, especialmente en vigilancia entomológica, manejo de equipos, interpretación de indicadores (IC, ID, IB) y uso de sistemas de información como Dengue-Vectores.
- Gestión de insumos y logística operativa: La disponibilidad oportuna de equipos de fumigación, larvicidas, formularios, vehículos y materiales educativos debe ser garantizada mediante una planificación anticipada y una gestión eficiente de recursos.
- Enfoque diferencial y territorial: Las acciones deben adaptarse a las características socioculturales, ambientales y epidemiológicas de cada comunidad, priorizando áreas de mayor riesgo y considerando factores como densidad poblacional, accesibilidad y presencia histórica del vector.
- Registro y sistematización de la información: Toda actividad debe ser documentada de forma periódica en los formularios oficiales y sistemas de información correspondientes, asegurando el rastreo de los datos para análisis, retroalimentación y toma de decisiones.
- Evaluación periódica de impacto: Incorporar mecanismos de evaluación establecido en los Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis (2024) que permitan medir la efectividad de las intervenciones, identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias de control según los resultados obtenidos.

A.2. Marco normativo

Marco normativo y técnico que respaldan el procedimiento

1. Norma técnica para el abordaje integral de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
2. Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

- Formulario 1. Tamaño de muestra de viviendas a inspeccionar para dengue, chikunguña y zika.
- Formulario 2. Número de viviendas a inspeccionar en localidades pequeñas o grandes para dengue, chikunguña y zika.
- Formulario 3. Precisión del índice de viviendas con *Aedes* en localidades grandes o pequeñas.
- Formulario 4. Instrucciones para uso de la estrategia de la bolsa matalarvas y la pizca.
- Formulario 5. VIGEPES 01.
- Formulario 6. VIGEPES 02.
- Formulario 7. VIGEPES 03.

A.3. Descripción de las actividades del procedimiento

Vigilancia y control de arbovirosis				
n.°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa
1	Epidemiólogo Nivel Superior/ regional/SIBASI/ establecimiento	Planificación operativa	Define zonas prioritarias, recursos disponibles y cronograma de intervención según indicadores entomológicos y epidemiológicos.	Marco normativo: 1 y 2. Anexo: 5 y 6
2	Director del establecimiento de salud	Programación en POA actividades de vigilancia y control de vectores.	Coordina con inspector técnico en salud ambiental/Promotor de salud/Personal de vectores para que incluyan en su POA las actividades de vigilancia y control de vectores transmisores de arbovirosis.	Marco normativo: 1 y 2. POA Salud Ambiental local/Promotor de salud/Personal de vectores.
3	Inspector técnico en salud ambiental /Promotor de salud/Personal de vectores/Promotor antidengue	Realiza vigilancia entomológica.	Realiza encuesta entomológica que incluye actividades como: inspección semanal de viviendas en su AGI para obtener tres indicadores entomológicos (IC, ID, IB), recolección y registro de la información en el sistema Dengue-Vectores, elabora mapas de riesgo en base a la encuesta y cronogramas de acciones de control, llena los formularios de vigilancia entomológica y operativa.	Marco normativo: 1 y 2. Anexos:1-4
4		Ejecuta acciones de control vectorial.	Realiza acciones de control vectorial (Inspecciona viviendas, fumiga, trata y elimina criaderos) en base a la programación anual operativa en las que están incluidas: inspecciones domiciliares, centros colectivos, atención a denuncias ciudadanas, jornadas especiales, jornadas de emergencia, realiza coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales, zonas fronterizas y las que resulten producto del análisis de los indicadores entomológicos y del monitoreo de sistemas. Además de llenado y registro de la información en los formularios correspondientes a las acciones de control.	
5	Director del establecimiento de salud	Solicita ejecute el control de calidad del control de foco.	Solicita al Supervisor Local Técnico en Salud Ambiental el control de calidad, del control de foco, según lineamientos técnicos.	Marco normativo: 1 y 2. Anexo: N/A
6	Supervisor local técnico en salud	Ejecuta supervisión de las acciones de	Realiza acciones de supervisión en campo relacionadas con el control de foco y	Marco normativo: 1 y 2.

	ambiental	control de calidad del control de foco	registra en el sistema **¿Pasa el estándar de control de calidad?** **Si: Pasa a la actividad 7** **No: Regresa a la actividad 4**	**Anexos:1-4**
7	Jefe de vectores de SIBASI y regional	Verifica resultados de control de calidad en el sistema.	Verifica en el sistema registro de control de foco y los resultados de calidad del control de foco en los sistemas. **¿Resultados cumplen lo establecido en los lineamientos y Norma?** **Si: Pasa a actividad 8** **No: Pasa a actividad 6**	**Marco normativo: 1 y 2.** **Anexos:1-4**
8		Actualiza información de vigilancia entomológica para sala situacional.	Monitorear los sistemas de información semanalmente, actualiza mapa o croquis entomológico, así como información de acciones de prevención y control realizados.	**Marco normativo: 1 y 2.** **Anexos:1-4**
9	Equipo de UVETV	Elaboración de borrador de boletín epidemiológico	Consolidación, análisis de información para elaborar el boletín semanal **¿La información es consistente, sólida y veraz para elaborar el boletín epidemiológico?** **Si: Pasa a 10** **No: Pasa a 8**	**Marco normativo: 1 y 2.** **Anexo: N/A**
10	Jefe de la UVET	Aprobación del boletín epidemiológico semanal	Revisa y aprueba el boletín epidemiológico semanal	**Marco normativo 1 y 2.** **Anexo: N/A**
Fin del procedimiento				

A.4. Diagrama de flujo

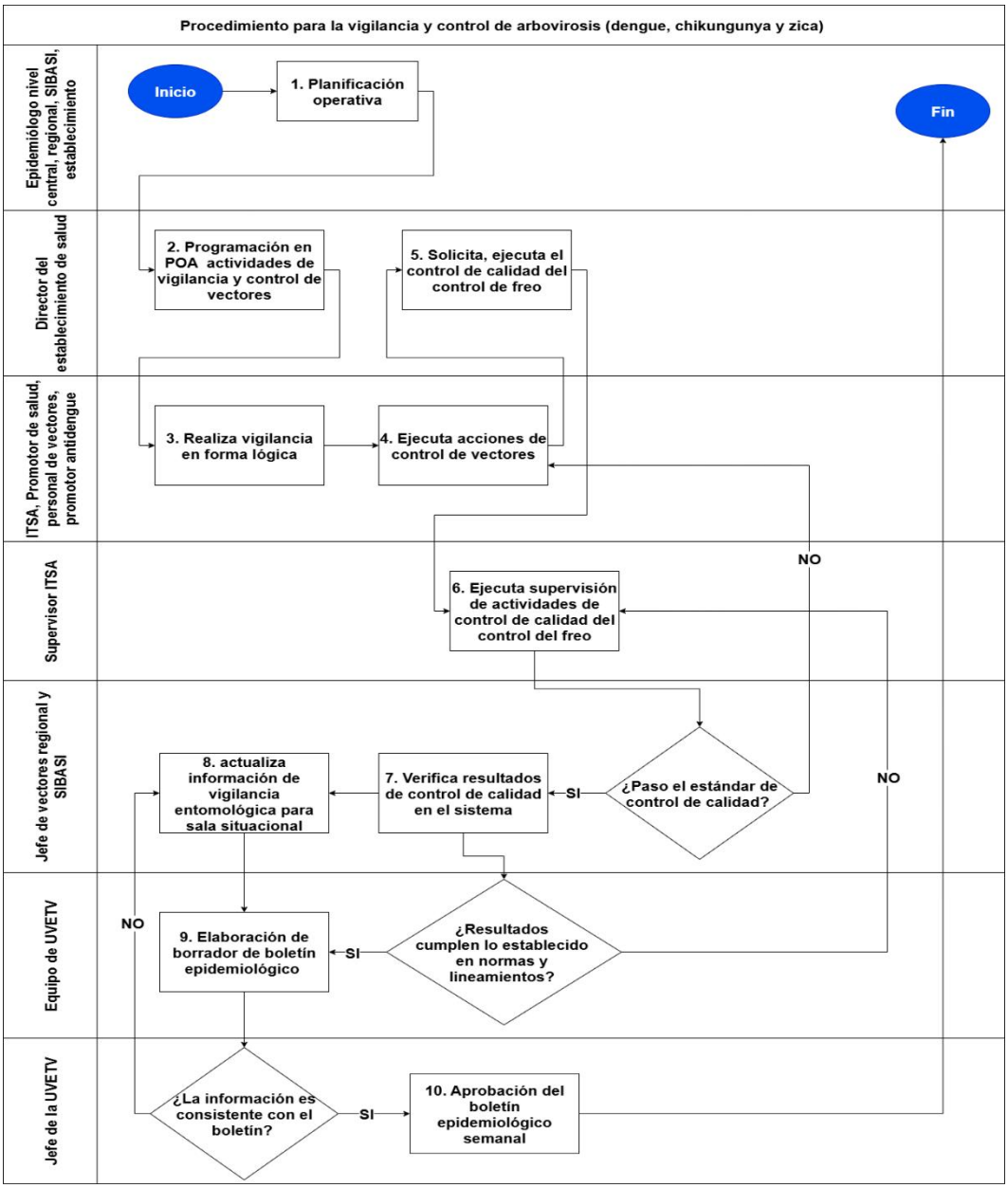


Figura 1: Diagrama de flujo "Procedimiento para la vigilancia y control de arbovirosis (dengue, chikungunya y zika"
Fuente: Elaboración propia por el Equipo de documentación y levantamiento de procesos y procedimientos DISAM, 2025

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*

IX. A n e x o s

Anexo 1: Formulario 1

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-177
	Dengue, chikunguña y zika.: Tamaño de muestra de viviendas a inspeccionar	Versión 01
		Página 1 de 1

No. de viviendas en la localidad	Indice de vivienda verdadero		
	>1%	>2%	>5%
100	95	78	45
200	155	105	51
300	189	117	54
400	211	124	55
500	225	129	56
1,000	258	138	57
2,000	277	143	58
5,000	**290**	147	59
10,000	294	148	59
Infinito	299	149	59

Fuente: Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Minsal El Salvador

Anexo 2: Formulario 2

Número de viviendas de la localidad			Bases Máximas				
			Número de viviendas a inspeccionar para la precisión deseada en localidad pequeña o grande				
			100	200	300	500	1000
1	-	50	33	40	50	50	50
51	-	100	50	66	75	85	100
101	-	200	67	100	120	145	170
201	-	300	77	122	150	190	230
301	-	400	80	134	171	220	290
401	-	500	83	142	189	250	330
501	-	800	91	160	213	315	500
801	-	1,000	91	166	231	335	500
1,001	-	2,000	95	182	261	400	670
2,001	-	3,000	100	190	273	435	740
3,001	-	4,000	100	190	285	455	800
4,001	-	5,000	100	200	285	455	830
5,001	-	7,000	100	200	300	475	870
7,001	-	10,000	100	200	300	475	910
10,001	-	20,000	100	200	300	500	950

Fuente: Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Vigilancia Sanitaria, Minsal, El Salvador

Anexo 3: Formulario 3

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-179
	Dengue, chikunguña y zika: Precisión del índice de viviendas con Aedes en localidades grandes o pequeñas.	Versión 01
		Página 1 de 1

Niveles de precisión de Índices de vivienda con *Aedes* de acuerdo a Bases Máximas

Indice de vivienda observado	100			200			300			500			1000		
	%			%			%			%			%		
1	0.03	-	5.4	0.1	-	3.6	2.0	-	2.9	0.3	-	2.3	0.5	-	1.8
2	0.2	-	7.0	0.5	-	5.0	0.7	-	4.3	1.0	-	3.6	1.2	-	3.1
3	0.6	-	8.5	1.1	-	6.4	1.1	-	5.6	1.7	-	4.9	2.0	-	4.3
4	1.1	-	9.9	1.7	-	7.7	2.1	-	6.9	2.5	-	6.1	2.9	-	5.4
5	2.0	-	11.0	2.0	-	9.0	3.0	-	8.0	3.0	-	7.0	4.0	-	7.0
10	5.0	-	18.0	6.0	-	14.0	7.0	-	14.0	8.0	-	13.0	8.0	-	12.0
20	13.0	-	29.0	16.0	-	26.0	16.0	-	25.0	17.0	-	24.0	18.0	-	23.0
30	21.0	-	40.0	24.0	-	38.0	25.0	-	36.0	26.0	-	34.0	27.0	-	33.0
40	30.0	-	50.0	33.0	-	47.0	35.0	-	46.0	36.0	-	44.0	37.0	-	43.0
50	40.0	-	60.0	43.0	-	57.0	44.0	-	56.0	46.0	-	54.0	47.0	-	53.0
60	50.0	-	70.0	53.0	-	67.0	54.0	-	55.0	55.0	-	61.0	57.0	-	63.0
70	60.0	-	79.0	62.0	-	76.0	64.0	-	75.0	66.0	-	74.0	67.0	-	73.0
80	71.0	-	87.0	74.0	-	84.0	83.0	-	84.0	76.0	-	83.0	77.0	-	82.0
90	82.0	-	95.0	86.0	-	94.0	83.0	-	93.0	87.0	-	92.0	88.0	-	92.0
95	89.0	-	98.0	91.0	-	98.0	92.0	-	97.0	93.0	-	97.0	93.0	-	96.0

Fuente: Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Vigilancia Sanitaria, Minsal, El Salvador

Anexo 4: Formulario 4

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-180
	Dengue, chikunguña y zika Instrucciones para uso de la estrategia de la bolsa mata larvas y la pizca.	Versión 01
		Página 1 de 1

Para el uso de la bolsa matalarva, se establecen las siguientes instrucciones:

1. La bolsa matalarva debe contener 20 g de larvicida.
2. No se debe colocar en recipientes de agua para consumo humano.
3. Colocar la bolsa en: pilas/barriles y recipientes inservibles grandes de difícil eliminación.
4. Abrirle cinco orificios con la punta de un bolígrafo al momento de colocarla en el fondo de la pila / barril/ recipientes inservibles.
5. Para un volumen de agua de hasta 50 galones (una barrilada) colocar una bolsa matalarva.
6. Pilas con volumen de agua con más de 50 galones, colocar una bolsa por cada barril de agua. El periodo de duración aproximadamente de 60 días (2 meses).
7. Lave la pila o barril cada semana, saque la bolsa, límpiela para quitarle el sedimento y presionarla evitando que las perforaciones se obstruyan y vuelva a colocarla.
8. No es dañino para personas, ni animales domésticos.
9. Utilizar pizca (0.5 g) de abate granulado en recipientes que contengan agua y que no es posible eliminarlos como:
    - Llantas usadas que no es posible proteger bajo techo
    - Chatarras con pequeñas cantidades de agua.

Anexo 5: Formulario 5

MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-159
	Dengue, chikunguña y zika 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:** ☐ Cotizante ☐ Pensionado ☐ Beneficiario ☐ Hijo

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

_____
8. Apellidos Nombres

_____ **10. Sexo:** ☐ Mas. ☐ Fem
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 unicamente si es un estudiante)

17. Antecedentes Obstétricos: ☐ Aborto ☐ Embarazada ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No Aplica
(aplica unicamente para mujeres en edad reproductiva)

18. Semanas de amenorrea: _____

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

_____
20. Diagnóstico clinico/ 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 entrega dentro de sobre para ser repetido en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde.

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

Anexo 6: Formulario 6

MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-181
	Dengue, chikunguña y zika. Formulario para solicitud de examen por enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-02)	Versión 01
		Página **1** de 1

República de El Salvador
SISTEMA NACIONAL 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 Afilación: 4. No. DUI o pasaporte:

5. Edad: Años Mes Día 6.Sexo: Masc. Fem.

7.Apellidos Nombres(Letra Molde)

8.Nombre de responsable si es menor de edad:

9.Dirección Completa: / Departamento / Municipio

10.Embarazada: Si No 11. Semanas de Amenorrea:

12.Diagnóstico clínico/ sospecha diagnóstica:

13. Fecha de Inicio de Sintoma: / / 14. Condición: Vivo Muerto

15. Fecha de defunción: / / 16. Nombre del médco que notifica:

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 Hisopado de la garganta

Aspirado/hisopado nasofaringeo Hisopado rectal Tejido Otro :

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

Motivo de analisís: Para estudio Para confirmación Por seguimiento de caso Otro

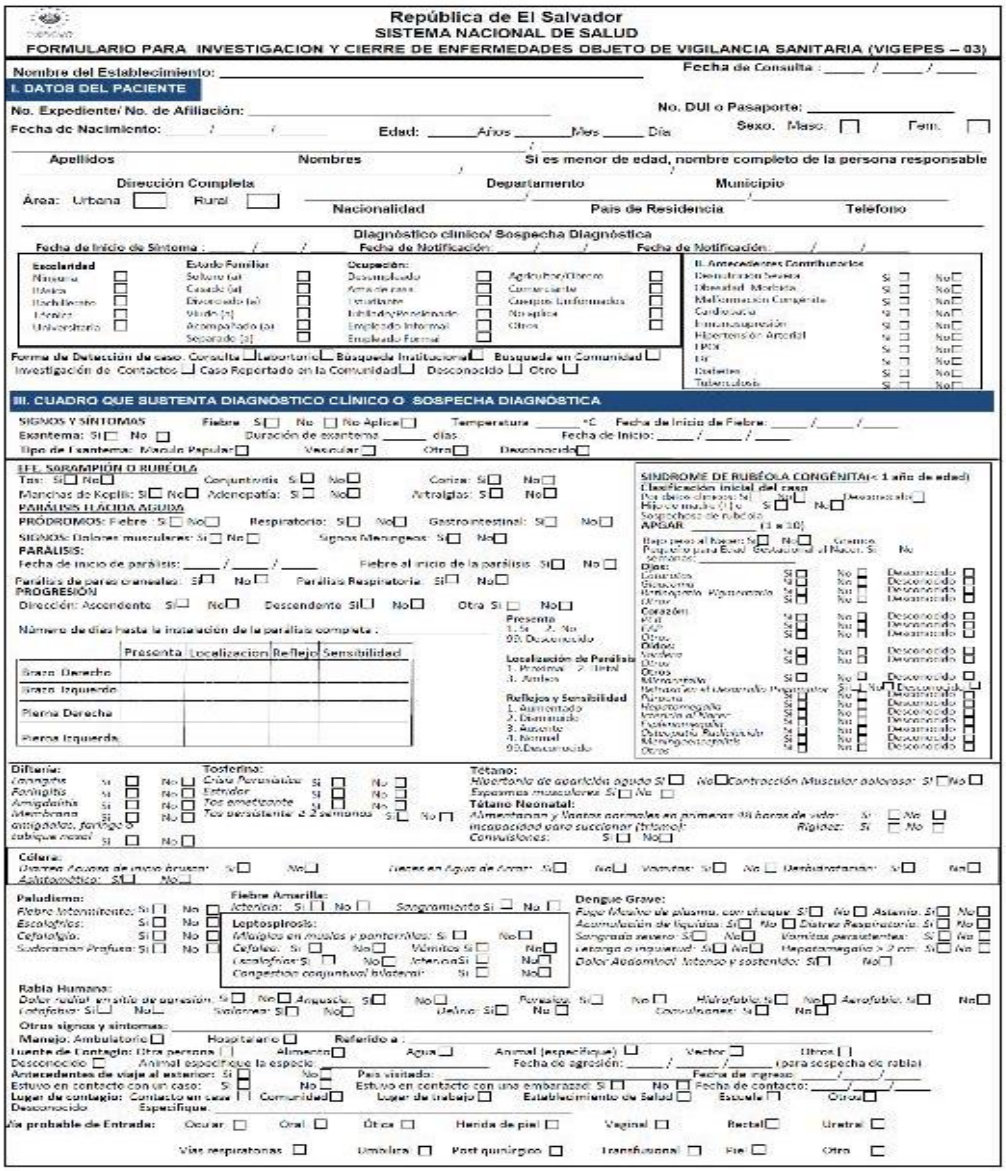
Observaciones:

Número de ID de la Muestra: **Fecha de toma de muestra:** / / **Fecha de envió:** / /

Firma y Sello del profesional de laboratorio Sello del laboratorio

Anexo 7: Formulario 7

MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-182
	Dengue, chikunguña y zika: Formulario para investigación y cierre de enfermedades objeto 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 Telefono

Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica

Fecha de Inicio de Síntoma: ___/___/___ Fecha de Notificación: ___/___/___ Fecha de Notificación: ___/___/___

Escolaridad: Ninguna ☐ Básica ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Universitario ☐

Estado Familiar: Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Acompañado (a) ☐ Separado (a) ☐

Ocupación: Desempleado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Jubilado/Pensionado ☐ Empleado Informal ☐ Empleado Formal ☐ Agricultor/Obrero ☐ Comerciante ☐ Campos Enfermedad ☐ No aplica ☐ Otros ☐

II. Antecedentes Contributorios: Desnutrición Severa Si ☐ No ☐; Diversidad Medicata Si ☐ No ☐; Malformación Congénita Si ☐ No ☐; Cardiopatía Si ☐ No ☐; Inmunosupresión Si ☐ No ☐; Hipertensión Arterial Si ☐ No ☐; EPOC Si ☐ No ☐; ERC 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 DIAGNOSTICO CLÍNICO O SOSPECHA DIAGNOSTICA

SIGNOS Y SINTOMAS 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: Mancha Papular ☐ Vesicular ☐ Otro ☐ Desconocido ☐

I.E. 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 Meníngeos: 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				

Presente 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

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (< 1 año de edad)

Clasificación inicial del caso

Prueba de IgM para Rubéola: Si ☐ No ☐ Desconocido ☐

Hijo de madre (1): Si ☐ No ☐

Sospechoso de Rubéola

APGAR: _____ (1 a 10)

Bajo peso al Nacer: Si ☐ No ☐ Gestacional al Nacer: Si ☐ No ☐ Semanas: _____

Ojos: Catarata Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Glaucoma Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Retinopatía Pigmentaria Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Otros

Corazón: PCA Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; VSD Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Otros Si ☐ No ☐ Desconocido ☐

Oídos: Sordera Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Otros

Otros: Microcefalia Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Retraso en el Desarrollo Psicomotor Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Purpura Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Hepatomegalia Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Esplenomegalia Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Osteopatía Radiolucida Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Meningoencefalitis Si ☐ No ☐ Desconocido ☐; Otros

Difteria: Amígdalitis Si ☐ No ☐; Faringitis Si ☐ No ☐; Amigdalitis Si ☐ No ☐; Membrana amígdalas, 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: Hipertonía de aparición aguda Si ☐ No ☐ Contracción Muscular dolorosa: Si ☐ No ☐; Espasmos musculares Si ☐ No ☐

Tétano Neonatal: Alimentaron y llantos normales en primeras 48 horas de vida: Si ☐ No ☐; Incapacidad para succionar (triangulo): Si ☐ No ☐; Rigidez: Si ☐ No ☐; Convulsiones: Si ☐ No ☐

Cólera: Diarrea Acuosa de inicio Brusco: Si ☐ No ☐; Heces en Agua de Arroz: Si ☐ No ☐; Vomitos: Si ☐ No ☐; Deshidratación: Si ☐ No ☐; Asintomático: Si ☐ No ☐

Paludismo: Fiebre Intermitente: Si ☐ No ☐; Escalofríos: Si ☐ No ☐; Cefalalgia: 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 ☐; Conjuntivas congestivas bilateral: Si ☐ No ☐

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

Rabia Humana: Dolor radial, sensitivo de quemazón: Si ☐ No ☐ Angustia: Si ☐ No ☐ Parestesia: Si ☐ No ☐ Hidrofobia: Si ☐ No ☐ Aerofobia: Si ☐ No ☐; Letargia: 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 (especifique) ☐ 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 embarazada: 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: _____ / _____ / _____
Sífilis 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

X. Historial de cambios

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