

MINISTERIO DE SALUD

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SARAMPIÓN, RUBÉOLA, SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA Y PAROTIDITIS



EL SALVADOR, AGOSTO 2013

**MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE POLITICAS DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y LEGISLACIÓN EN SALUD**

**VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
UNIDAD DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES**

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
SARAMPIÓN, RUBÉOLA, SÍNDROME DE
RUBÉOLA CONGÉNITA Y PAROTIDITIS**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, AGOSTO 2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Normas, Manuales y Lineamientos.

Tiraje: Nº de ejemplares.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000.

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta xxxxxxxxx

Impreso en El Salvador por Imprenta xxxxxxxx

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales.

Dirección de Regulación.

Viceministerio de Servicios de Salud

Dirección de Enfermedades Infecciosas.

Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones.

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

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

48, Normas, Manuales y Lineamientos

AUTORIDADES

**DRA. MARÍA ISABEL RODRIGUEZ
MINISTRA DE SALUD**

**DR. EDUARDO ESPINOZA FIALLOS
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD**

**DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR
VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD**

EQUIPO TECNICO DE ELABORACIÓN:

Dirección de Enfermedades Infecciosas:

Dr. Eduardo Suárez Castaneda

Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones:

Dr. Miguel Elas

Dra. Silvia Roxana de Castaneda

Licda. Ana Sonia Quintanilla

Dra. Nora Villatoro de Martínez

Dirección de Vigilancia Sanitaria

Dr. Julio Alberto Armero Guardado

Director de Vigilancia Sanitaria.

Licda. Sonia Mercedes Aguilar

Técnico de Estadística.

Dirección de Regulación y Legislación en Salud:

Dr. Víctor Odmaro Rivera Martínez

Director de Regulación y Legislación en Salud.

Licda. Carmen Elena Moreno

Colaborador técnico Enfermera.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dra. Margarita Barra de Fuentes

Coordinador del Programa Infantil, Unidad Médica
15 de Septiembre.

Dr. Jorge Martinez Antonio

Epidemiólogo Hospital 1º de Mayo.

Asesoría Técnica

Dr. Rafael Antonio Baltrons Orellana, Consultor Nacional de Inmunizaciones OPS

Comité Consultivo

Miembros de la Comisión Nacional de Verificación de la Eliminación de Sarampión,
Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita.

Dra. Genoveva Morales

Dr. Luís Ernesto Martínez Romero.

Dra. Miriam de Lourdes Dueñas de Chicas.

Dra. Lilian Angélica Cruz Escobar.

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez.

Licda. Marta Elizabeth Meléndez Quevedo.

INDICE

INDICE	6
I. MARCO LEGAL	7
II. OBJETIVOS.....	8
III. AMBITO DE APLICACIÓN	8
IV. DESARROLLO DE CONTENIDO TÉCNICO	9
•SARAMPIÓN	9
•RUBÉOLA Y SINDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC).....	12
•VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA.....	15
•VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SINDRÓME DE RUBÉOLA CONGÉNITA.....	21
•VIGILANCIA ACTIVA DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SRC (búsqueda activa).....	24
•PAROTIDITIS	30
•PREVENCIÓN DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAPERAS	33
V. DISPOSICIONES FINALES.....	37
VI. VIGENCIA.....	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	39

I. MARCO LEGAL

Los instrumentos técnicos jurídicos, que permiten lograr la adecuada sistematización de estos Lineamientos técnicos son los siguientes:

a. Código de Salud

Art. 40.- que el Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud, dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

b. Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud:

2.- 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.

c. Ley de Vacunas

Art. 1.- El objeto de la Ley es “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 de Salud, la adquisición de vacunas, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción”

Art. 18.- Las personas o entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, deberán notificar los casos sospechosos de enfermedades prevenibles por vacunación, a fin de facilitar la investigación y el establecimiento de medidas de control.

d. Política Nacional de Salud 2009-2014.

Estrategia 21: Disponibilidad, calidad y uso racional de medicamentos y vacunas. El Sistema de Salud, considera la inmunización un derecho de la población, especialmente de los niños, tanto como un deber de los padres y los trabajadores de la salud para protegerlos.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Brindar las directrices que orienten las acciones de los proveedores de servicios de salud en la prevención y control de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis.

Objetivos Específicos:

1. Estandarizar la aplicación de instrumentos e intervenciones para fortalecer la vigilancia, prevención y control de sarampión, rubéola y parotiditis.
2. Implementar la vigilancia epidemiológica de síndrome de rubéola congénita.
3. Establecer el control de calidad de la vigilancia en la notificación.
4. Fortalecer la detección oportuna de los virus de sarampión y rubéola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetas al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en adelante ISSS, así como los establecimientos del sector privado.

IV. DESARROLLO DE CONTENIDO TÉCNICO

SARAMPIÓN

Es una enfermedad febril exantemática más frecuente en la niñez que causa morbilidad, mortalidad y discapacidad en los países en desarrollo.

En El Salvador la última epidemia fue en el año de 1989 con 16,536 casos confirmados (321.8 casos por 100,000 habitantes) de los cuales doscientos niños y niñas menores de cinco años fallecieron. Desde la semana epidemiológica 11 del año de 1996 no se ha confirmado caso autóctono de sarampión.

1. Epidemiología

Agente Infeccioso

El virus del sarampión pertenece al género *Morbillivirus* de la familia *Paramyxoviridae*.

Distribución y frecuencia

Es de distribución mundial, en los países en desarrollo con bajas coberturas de vacunación, las epidemias suelen producirse cada dos a tres años, con una duración entre dos y tres meses. En países desarrollados como Canadá, Francia, España, Gran Bretaña por condiciones sociales de rechazo a la vacunación han presentado brotes de sarampión. Si los niños no reciben la vacunación, prácticamente todos contraen el sarampión antes de los diez años de edad.

Modo de transmisión

El virus del sarampión se transmite 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.

El sarampión puede transmitirse desde cinco días antes de la aparición del exantema hasta cuatro días después. La mayor infectividad se produce tres días antes del inicio del exantema. No se ha demostrado que el virus de la vacuna sea transmisible. Se ha notificado tasas de ataque secundario entre los contactos familiares susceptibles del 75% al 90%. Dada la gran eficiencia de la transmisión del sarampión, se han notificado brotes en poblaciones donde solo 3% a 7% de las personas eran susceptibles.

Reservorio

El ser humano es el único huésped natural del virus del sarampión.

Período de Incubación

De siete a doce días (máximo veintiún días).

2. Aspectos clínicos

Características clínicas

Periodo catarral o prodrómico

Dura de dos a cuatro días, sus características más importantes son: 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, de dos a tres milímetros de diámetro sobre una base eritematosa como “granos de sal espolvoreada en un fondo rojo” ubicados en la cara interna de las mejillas; estas aparecen uno o dos días antes del exantema, persisten durante dos o tres días.

Período exantemático

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, encefaliomielitis posinfecciosa, 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.

3. Diagnóstico diferencial

Rubéola, escarlatina, exantema súbito (roséola), dengue, eritema infeccioso (quinta enfermedad), infecciones por enterovirus o adenovirus, Enfermedad de Kawasaki, síndrome del choque tóxico y rickettsiosis.

Cuadro 1
Comparación de las características epidemiológicas, clínicas y diagnóstico diferencial del sarampión.

Enfermedad	Sarampión	Rubéola	Dengue	Eritema Infeccioso	Roséola (exantema súbito)
Etiología	Virus del sarampión	Virus de la rubéola	Virus del dengue	Parvovirus humano b19	Herpesvirus humano tipo 6
Período de Incubación (días)	7-21	14-23	4-14	4-14	5-15
Fiebre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Exantema Características Distribución Duración	Si Maculopapular Cefalocaudal 4-7días	Si Maculopapular Cefalocaudal 4-7días	Si Maculopapular Centrifugo 3-5días	Si Maculopapular Cefalocaudal 5-10días	Si Maculopapular Tórax y abdomen Algunas horas o días
Conjuntivitis	Si (purulenta)	No	Si (hiperemia)	No	No
Tos	Si	No	No	No	No
Coriza	Si	No	No	No	No
Adenopatía retroauricular	No	Si	Si	No	Si
Prueba serológica	IgM	IgM	IgM	IgM	IgM
Aborto Defectos congénitos	Si No	Si Si	No No	Si No	No No
Vacunación	Si	Si	No	No	No

Fuente: Adaptado del Buchy 2005; Caumes, 1993; Frieden y Rensick, 1991; Harn, 1989; Heymann, 2004; Krugman, 2004; Remington y Klein, 2001, Red Book, 26ª edición.

4. Diagnóstico de laboratorio

- Prueba de Elisa IgM en sangre
- Cultivo viral en secreción nasofaríngea y orina.
- RT-PCR

5. Tratamiento

No existe actualmente un tratamiento específico para el sarampión. Debe administrarse una dosis de vitamina A (50,000 UI a lactantes menores de seis meses, 100,000 UI a lactantes de seis a once meses y 200,000 UI a niños y niñas de doce meses en adelante), el día en que se diagnostique el sarampión y otra al día siguiente.

RUBÉOLA Y SINDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC)

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.

1. Epidemiología

Agente Infeccioso

El virus de la rubéola pertenece a la familia *Togaviridae*, género *Rubivirus*.

Distribución y frecuencia

La rubéola es una enfermedad de distribución mundial que se da con mayor frecuencia en la infancia, con brotes epidémicos cada cuatro a cinco años. Del 25 al 50% de las infecciones cursa sin síntomas.

La incidencia de la rubéola congénita depende del número de susceptibles, de la circulación del virus en la comunidad y del uso de una vacuna específica. En los períodos epidémicos, la infección fetal ha sido estimada en cuatro a treinta casos por mil nacidos vivos.

Modo de transmisión

La transmisión de la rubéola se hace mediante contacto directo o de la diseminación de gotitas de secreciones nasofaríngeas.

El periodo de transmisibilidad es de siete días antes del inicio del exantema, y siete días después de iniciada la erupción.

El virus de la rubéola se transmite por la vía transplacentaria, con infección de la placenta y el feto.

Los niños y niñas con síndrome de rubéola congénita, en adelante SRC, pueden expulsar por la orina el virus durante varios meses (hasta un año) después del nacimiento.

La transmisión del virus es mayor en los primeros meses de vida y ocurre por medio de objetos recién contaminados por la secreciones nasofaríngeas, sangre, orina y heces de recién nacidos infectados.

Reservorio

El ser humano.

Período de incubación

Catorce a veintitrés días.

2. Aspectos clínicos

Características 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 linfadenopatías 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.

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.

Cuadro 2
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 y microcefalia
Sistema auditivo	Sordera neurosensorial unilateral o bilateral. Sordera central. Defectos del habla
Sistema ocular	Retinosis pigmentaria, catarata, microcefalia y glaucoma
Sistema cardiovascular	Persistencia del conducto arterioso, estenosis pulmonar, defectos del tabique ventricular y cardiopatía congénita compleja.
Manifestaciones neonatales transitorias (infección extensa, alta mortalidad)	Trombocitopenia con o sin púrpura, hepatoesplenomegalia, meningoencefalitis, osteopatía radiolúcida y adenopatías
Manifestaciones de aparición tardía	Neumonía intersticial de aparición tardía, diabetes mellitus insulino dependiente y tiroiditis

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

Complicaciones

La rubéola suele ser una enfermedad benigna y muchas veces subnotificada; su importancia epidemiológica se debe a la posibilidad de ocurrencia del SRC que afecta al feto o al recién nacido, siendo esta la principal complicación de la rubéola y su incidencia está determinada por la ocurrencia de la enfermedad durante el embarazo.

3. Diagnóstico diferencial

Rubéola

Sarampión, dengue, eritema infeccioso (infección por Parvovirus B19), exantema súbito (infección por el virus del herpes humano seis), virus Coxsackie y ECHO virus.

Cuadro 3
Rubéola congénita

Patología	Feto	Recién nacido	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, coriorretinitis, varicela congénita o neonatal, encefalitis	Hipoplasia de miembros, atrofia cortical	Evolución fatal por infección secundaria
Picornavirus, Coxsackie, Echovirus	Aborto	Enfermedad febril leve, enfermedad sistémica grave	Posible cardiopatía, miocarditis	Déficit neurológico
Herpes simples	Aborto	Enfermedad sistémica grave, lesiones vesiculosas, 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	Coriorretinitis, retardo mental
Treponema pallidum	Mortinato	Lesiones de piel, hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia	-	Tibia en sable, dientes de Hutchinson
Malaria	Aborto	Hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia, vómitos	-	-
Tripanosoma cruzi (Chagas)	Aborto	Bajo peso, hepatoesplenomegalia, ictericia, falla cardíaca, encefalitis	Catarata	Miocarditis, acalasia

Fuente: adaptado 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.

4. Diagnóstico de laboratorio

Para rubéola:

- Prueba de Elisa IgM en sangre.
- Cultivo viral en secreción nasofaríngea y orina.
- RT-PCR.

Para SRC:

- Prueba de Elisa IgM en sangre.
- Cultivo viral en secreción nasofaríngea y orina.
- RT-PCR.
- IgG pareadas con intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primera muestra tomada y la segunda con pruebas cuantitativas.

5. Tratamiento

Sintomático.

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

La vigilancia epidemiológica se hace de forma conjunta entre el sarampión y la rubéola.

1. Definiciones de caso

Caso sospechoso de enfermedad febril eruptiva (sarampión/rubéola): todo paciente que presente fiebre y exantema o de quien un trabajador de salud sospeche que padece sarampión o rubéola, siempre y cuando el sospechoso no tenga nexo epidemiológico con un caso confirmado de dengue o no proceda de un área con brote epidémico de dengue.

Caso sospechoso de sarampión: toda persona con fiebre y exantema maculopapular con uno o más de los siguientes síntomas: tos, coriza, conjuntivitis.

Caso sospechoso de rubéola: toda persona con fiebre, exantema maculopapular y adenopatías preauriculares, suboccipitales, retroauriculares o cervicales.

Caso confirmado de sarampión o rubéola: es un caso sospechoso de enfermedad febril eruptiva, sarampión o rubéola que después de una investigación completa resulta con:

- Aislamiento del virus del sarampión y/o de la rubéola, además de la determinación del genotipo viral de este.
- Presencia de anticuerpos IgM específicos contra sarampión y/o rubéola de una muestra de sangre obtenida al primer contacto del caso hasta un máximo de treinta días después del inicio del exantema.
- Vinculación epidemiológica a otro caso confirmado por laboratorio. Se establecerá el vínculo epidemiológico si ocurrió cualquier contacto entre el caso sospechoso y el caso confirmado por laboratorio, en cualquier momento durante el mes anterior a la aparición de la erupción cutánea.

Caso descartado de sarampión o rubéola:

- Todo caso reportado como caso sospechoso de sarampión, rubéola o enfermedad febril eruptiva que se haya investigado exhaustivamente, incluida la obtención de una muestra sanguínea adecuada, donde no se reportaron pruebas serológicas de infección, no se aisló el virus y no tiene ninguna vinculación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio de sarampión o rubéola.
- Todo caso sospechosos con prueba positiva de laboratorio a sarampión o rubéola, que haya sido analizado por el Comité de expertos, después de una investigación exhaustiva, en la cual se determinen, entre otras, falta de evidencias que determinen una vinculación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio, procedente de un área de responsabilidad con coberturas útiles de vacunación y otros análisis pertinentes en casos aislados o únicos y que fue catalogado como un falso positivo.

Caso importado de sarampión: caso confirmado de sarampión de una persona que viajó a otro país donde hay evidencia de la circulación del virus del sarampión entre siete y veintiún días antes de la aparición de la erupción cutánea. Es importante obtener una muestra para aislamiento viral con el objeto de identificar la procedencia del virus importado.

Caso importado de rubéola: caso confirmado de rubéola de una persona que viajó a otro país donde hay evidencia de la circulación del virus de rubéola entre catorce y veintitrés días antes de la aparición de la erupción cutánea. Es importante obtener una muestra para aislamiento viral con el objeto de identificar la procedencia del virus importado.

Caso relacionado con la vacuna de sarampión y rubéola: es aquel en donde se demuestra que el paciente fue vacunado con SPR o SR y:

- Presento exantema de siete a veintitrés días después de la vacunación.
- La muestra de sangre, que contiene los anticuerpos de IgM específicos, se obtuvo entre ocho y cincuenta y seis días después de la vacunación.

Contacto de sarampión o rubéola: toda persona que ha estado en contacto directo con el caso sospechoso o confirmado dentro del periodo de incubación (veintitrés días previos al inicio del exantema) y de transmisibilidad de la enfermedad (una semana antes y una semana después del inicio del exantema).

Aspectos generales de la detección, notificación e investigación de casos sospechosos de sarampión, rubéola, enfermedad febril eruptiva y SRC.

- Todo caso sospechoso debe ser evaluado y notificado en el formulario VIGEPES-01, por médico tratante en las primeras veinticuatro horas e indica la toma de muestras de laboratorio llenando el formulario VIGEPES-02.
- Digitar el VIGEPES-01 en el sistema o enviar la hoja de notificación al SIBASI correspondiente en las primeras veinticuatro horas después de detectado el caso.
- Tomar muestras para estudio serológico y viral (sangre, en recién nacidos la muestra de sangre del cordón umbilical y orina o hisopado nasofaríngeo) en el momento de su detección y completar formulario VIGEPES-02 por la persona encargada de toma de la muestra.
- Enviar las muestras y el formulario VIGEPES-02 al Laboratorio Nacional de Referencia en las siguientes veinticuatro horas posterior a la toma.
- El responsable de vigilancia epidemiológica del establecimiento donde se detecta el caso debe llenar el formulario de investigación y cierre de caso VIGEPES-03, en las primeras cuarenta y ocho horas de haber sido notificado.
- Las acciones comunitarias deben ser realizadas por el personal del primer nivel de atención de donde procede el caso dentro de las cuarenta y ocho horas de haber sido digitado el caso y debe completar el formulario VIGEPES-03.
- En caso de ser un paciente procedente de otro país se debe notificar a través del Centro Nacional de Enlace en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

Intervenciones ante casos sospechosos de sarampión, rubéola y enfermedad febril eruptiva

Cuando se sospeche una infección por el virus del sarampión o rubéola, se deben tomar medidas para reducir la transmisión mucho antes de que se pueda confirmar. Las acciones a seguir son:

- Tomar en la primera consulta en los servicios de salud una muestra de sangre al paciente para la detección de anticuerpos IgM, hasta un máximo de treinta días después de la fecha de inicio del exantema.
- Tomar una muestra de orina o hisopado nasofaríngeo para el aislamiento del virus en la primera consulta en los servicios de salud hasta un máximo de siete días después de la fecha de inicio del exantema.
- Si el caso sospechoso de sarampión, rubéola o enfermedad febril eruptiva ha viajado o ha estado en contacto estrecho con personas de otros lugares se debe notificar de inmediato a la instancia de salud respectiva.
- Para las visitas de campo debe formarse un equipo multidisciplinario conformado como mínimo por epidemiólogo o médico, enfermera y promotor de salud, quienes realizan las siguientes actividades:
 - ✓ Investigar el estado vacunal del personal de salud que ha estado o está en contacto directo con el caso, incluyendo el personal de campo involucrado en la investigación y en la intervención y vacunar con una dosis de SRP o SR al personal de salud susceptible.
 - ✓ Obtener los datos demográficos recientes según grupos de edad del municipio y área de donde procede el caso.
 - ✓ Calcular las coberturas de vacunación de SRP primera y segunda dosis del municipio y área de donde procede el caso.
 - ✓ Proporcionar promoción e información de las actividades de vacunación.
 - ✓ Organizar y realizar las actividades de búsqueda de susceptibles y contactos o nuevos casos y vacunación rápidamente.
 - ✓ Realizar visita de campo al domicilio, comunidad, lugar de trabajo y/o lugares visitados por el caso sospechoso, en las primeras cuarenta y ocho horas posteriores a la detección para completar el censo de otros contactos y otros casos sospechosos no identificados.
 - ✓ Visitar todas las casas existentes en un radio de doscientos metros a la redonda partiendo del domicilio del caso y siguiendo la dirección de las manecillas del reloj.
 - ✓ Visitar el lugar de trabajo u otros lugares que haya visitado el caso, dentro del periodo de incubación y transmisibilidad de la enfermedad, interrogando a los habitantes y contactos en el último mes a partir de la fecha de aparición del exantema del caso detectado.
 - ✓ Realizar entrevistas, historia clínica y examen físico a todos los contactos identificados.

- ✓ Determinar la fuente de infección e identificar la cadena de transmisión.
- ✓ Si un contacto cumple con la definición de caso sospechoso, se debe llenar los formularios VIGEPES-01,02 y 03, tomar muestra y se inicia una nueva investigación alrededor de este nuevo caso sospechoso.
- ✓ Llevar el equipo de campo necesario para: toma de muestras de laboratorio (sanguíneas, orina e hisopado nasofaríngeo para cultivo viral), vacunación (termo, jeringa, vacunas, carnés, registros de vacunación, algodón, bolsa roja, cajas de seguridad, entre otros) así como formularios de VIGEPES 01, 02, 03 y otros insumos necesarios.
- ✓ Completar esquema de vacunación con SRP a los menores de cinco años de edad a doscientos metros a la redonda del domicilio. Anotarlos en los registros diarios de vacunación por procedencia.
- ✓ Tomar muestra de sangre a los nuevos casos sospechosos encontrados y enviar muestra al Laboratorio Nacional de Referencia dentro de las veinticuatro horas siguientes a la toma.
- ✓ Realizar monitoreo rápido de cobertura en la comunidad del domicilio del caso antes y después de las acciones de vacunación.
- ✓ Brindar educación en salud a familiares del caso sospechoso sobre la prevención y control de la enfermedad.
- ✓ Evitar el contacto de un individuo sospechoso con mujeres embarazadas.
- ✓ Todo caso sospechoso debe tener aislamiento domiciliar y los niños no deben asistir a la escuela, durante siete días después de la aparición del exantema.
- ✓ Llenar el registro de búsqueda activa comunitaria y mantenerlos en resguardo por cinco años.
- ✓ En los hospitales, se debe tomar precauciones universales y proceder al aislamiento respiratorio del caso hasta el séptimo día de iniciado el exantema.

Intervención ante casos confirmados de sarampión y rubéola

Además de la realización de las intervenciones definidas para un caso sospechoso se debe:

- Elaborar una lista de las intervenciones realizadas.
- Identificar la cadena de transmisión a partir de la fuente de infección.

- Establecer coordinación intersectorial y determinar los recursos disponibles en todos los niveles (medios de transporte, vacunas, materiales de la cadena de frío, entre otros).
- Organizar los suministros necesarios que se llevan al lugar del brote.
- Realizar segunda visita para buscar nuevos casos y seguir a los contactos detectados en el censo por un mes (contados a partir del cuarto día posterior al apareamiento del exantema del caso confirmado), vigilando el desarrollo de sintomatología y su confirmación o descarte.
- En caso de un brote relacionado a un caso confirmado se debe tomar muestras hasta un máximo de cinco casos escogidos al azar. El resto de los casos deben ser confirmados por nexo epidemiológico.
- Vacunar con SRP o SR, a todos los contactos independientemente de la edad y su estado vacunal.
- Si se está presentando casos en lactantes menores de doce meses, se debe adelantar la vacunación con SRP iniciando a los seis meses de edad.
- Todo niño vacunado entre los seis meses y once meses veintinueve días debe ser revacunado con SRP al cumplir un año respetando el intervalo mínimo de cuatro semanas.
- Las actividades de vacunación se hacen en todas las zonas visitadas por el caso y en las zonas adyacentes deben realizarse las mismas intervenciones.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud de la zona, comunidad y lugares aledaños para detectar más casos.
- Otras directrices de vacunación no contempladas en este documento en relación con grupos de edades específicas y estrategias sobre áreas de responsabilidad a cubrir serán determinadas por la Dirección de Enfermedades Infecciosas a través de la Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones, previo visto bueno de la titular del ramo, debiendo la directriz incorporarse en el presente lineamiento a través de adenda.

Indicadores de vigilancia de sarampión y rubéola

- Tasa de notificación de sarampión/rubéola.
- Notificación semanal.
- Proporción de casos sospechosos con investigación adecuada.
- Proporción de casos sospechosos con visita domiciliar en las primera cuarenta y ocho horas que siguen a la notificación.

- Proporción de casos sospechosos con toma de muestra de sangre oportuna.
- Proporción de casos sospechosos con envío oportuno de muestra de sangre al laboratorio.
- Proporción de casos sospechosos con respuesta oportuna de resultados del laboratorio.
- Proporción de casos descartados por laboratorio.
- Proporción de cadena de transmisión con muestras representativas para el aislamiento viral.
- La descripción de los indicadores se presenta en el anexo 1.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SINDRÓME DE RUBÉOLA CONGÉNITA.

Búsqueda de casos según tipo de vigilancia

Pasiva:

Identificación de casos sospechosos de SRC, detectados en las maternidades del SNS incluyendo el ISSS, sector privado que atienden partos y en centros de atención de cardiología infantil, neurología, otorrinolaringología, hematología, ortopedia u oftalmología.

Activa:

- Búsqueda proactiva de casos de SRC en una localidad ante la identificación de un caso de rubéola.
- Estrategia especial de búsqueda retrospectiva de casos de SRC, en áreas con antecedentes de epidemias de rubéola o con alta incidencia de malformaciones congénitas.
- Estrategia especial de búsqueda retrospectiva de casos en hospitales y establecimientos especializados, con alta incidencia de casos de anomalías congénitas.

Definiciones de caso

Caso sospechoso de síndrome de rubéola congénita:

Todo niño o niña menor de un año de edad de quien un trabajador de salud sospeche SRC al detectar uno o más de los siguientes indicios:

1. La madre haya tenido historia de enfermedad febril eruptiva o confirmación de infección por rubéola durante el embarazo; o
2. Desde el nacimiento presente cataratas, glaucoma, retinopatía pigmentaria, hepatomegalia, esplenomegalia, defectos cardíacos, sordera, microcefalia, o púrpura.

Criterios para las tomas de las pruebas serológicas

- A todo caso sospechoso de SRC (independientemente si el niño o niña presentó alguna anomalía desde el nacimiento) se le debe realizar pruebas serológicas cuantitativas para anticuerpos IgM e IgG de rubéola.
- Si la IgM y la IgG es negativa se debe tomar una segunda muestra para IgG con un intervalo mínimo de cuatro semanas después de la primera.
- Si la IgM es negativa y la IgG es positiva tomar una segunda muestra para IgG con un intervalo mínimo de cuatro semanas después de la primera.
- Si la IgM es positiva no es necesario tomar la segunda muestra para IgG.

El procesamiento de las muestras pareadas deber ser realizado por el mismo laboratorio.

Muestras para identificación viral

- A todo caso sospechoso se le debe tomar una muestra de orina o hisopado nasofaríngeo para cultivo viral y/o genotipificación.

Todo caso que no puede ser confirmado por laboratorio debe ser discutido por la Comisión Nacional para la verificación de 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 aorta pulmonar (EAP), estenosis de la válvula tricuspídea, coartación de la aorta, comunicación interventricular (CIV) y comunicación interauricular (CIA).
- Discapacidad auditiva.

Grupo B

- Púrpura

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

Casos descartados de SRC:

IgG pareadas en descenso (disminución en cuatro títulos) con intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primera muestra tomada y la segunda.

Infección por rubéola congénita (IRC), sin SRC: todo lactante 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 nasofaríngeos y de orina.

Caso importado: caso confirmado cuya madre adquirió la infección por el virus de la rubéola fuera del país.

Caso relacionado con la importación: 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 autóctono: caso confirmado cuya madre adquirió la rubéola en el país según estudio molecular del virus y evidencia epidemiológica.

Detección, investigación y notificación

- Según las descritas en aspectos generales de la detección, notificación e investigación de casos sospechosos de sarampión, rubéola, enfermedad febril eruptiva y SRC.

Intervenciones ante el apareamiento de caso sospechoso de SRC

- Los niños o niñas con SRC deben ser considerados como potencialmente infectantes hasta la edad de un año, o hasta que los cultivos de orina y nasofaringe sean negativos. Estos niños o niñas deben estar en aislamiento de contacto, por lo que deben estar en control hasta que los cultivos sean negativos.
- Investigar esquema de vacunación de los contactos menores de cinco años y completar su esquema con SPR/SR y registrarlos en los registros diarios de vacunación por procedencia.
- 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.

VIGILANCIA ACTIVA DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SRC (búsqueda activa).

La vigilancia activa es la búsqueda de casos sospechosos de sarampión, rubéola y SRC en los establecimientos de salud (público o privado) y comunidad por medio de estudios o monitoreos específicos que incorporan una acción proactiva de búsqueda, que permite conocer el registro y notificación de casos.

Acciones generales

- La vigilancia activa se desarrolla en dos ámbitos: a nivel institucional (de cualquier nivel de atención) por medio de la búsqueda de información a través de la revisión de los registros de los pacientes que consultaron en el establecimiento; y/o a nivel comunitario que se refiere a la investigación de campo sobre casos actuales encontrados o indagación comunitaria sobre apareamiento de casos en el pasado reciente.
- 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.
- Llenar los formularios de búsqueda activa, anexos 2 y 3, consolidarlo según anexos 5 y 6, resguardándolos según instrumentos técnicos jurídicos vigentes de la Dirección de Vigilancia Sanitaria, en adelante DVS.

Vigilancia activa de casos sospechosos de sarampión y rubéola

Metodología para la búsqueda activa institucional de casos sospechosos de sarampión y rubéola:

- a. 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 otros miembros del personal de salud local dependiendo del volumen de registros a revisar.
- b. La vigilancia activa institucional se debe realizar según lo dispuesto en los instrumentos técnicos jurídicos, relacionados al tema.
- c. Revisar las fuentes de información de donde se obtendrán todos los casos de enfermedad febril eruptiva, estos son:
 - Expediente clínico.
 - Sistema mecanizado de morbilidad ambulatoria y hospitalaria de cada institución.
 - Registros diarios de consulta (UCSF, Unidades Médicas, Clínicas Comunes).
 - Registros diarios de servicios de emergencias, consulta externa.
 - Registro de egresos hospitalarios y certificados de defunción.

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 4
Diagnósticos y códigos de la CIE-10 correspondientes a enfermedades febriles eruptivas

Diagnóstico	CIE10
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, décima versión.

- d. Verificar que todos los casos encontrados cumplen con la definición de caso de sarampión y rubéola revisando el expediente y si han sido notificados, investigados y clasificados en el Sistema Único de Información en Salud, en adelante SUIIS, esto se hace por medio del cotejo de los casos con los reportados en:
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES).
 - Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica del ISSS (SIVE).
 - Formularios de notificación (VIGEPES-01), laboratorio (VIGEPES-02) y de investigación y cierre de caso (VIGEPES-03), Formulario VIGEPES-04.
- e. Con todos los casos encontrados y revisados en las fuentes de información, llenar los formularios de búsqueda activa, anexos 2 Y 3.
- f. 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%.
- g. Se deben implementar acciones para mejorar la calidad de la notificación, investigación y clasificación si se obtienen resultados menores al 80%.
- h. Elaborar recomendaciones, sugerencias y compromisos de acciones de mejora y dejar constancia en libro de supervisión.
- i. Digitar la información de búsqueda activa en el tabulador respectivo.
- j. Si se encuentra un caso que no fue notificado se procede a lo siguiente:
- Notificarlo e ingresarlo al VIGEPES, debiendo llenar los formularios correspondientes.

- Manejarlo según lineamiento de caso sospechoso, realizando la investigación comunitaria (búsqueda activa comunitaria), reportándolo en anexos 4 y 7, tomar la muestra y realizar clasificación final.
- Si el caso no puede ser clasificado con muestra de laboratorio se procederá a someter su clasificación por un comité de expertos.

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:

- a. 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.
- b. 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.
- c. A partir de la identificación de un municipio priorizado en base a la metodología de priorización de municipios de riesgo.

Metodología para la búsqueda activa comunitaria en municipios priorizados.

- Realizar la búsqueda activa según lo establecido en los instrumentos técnicos jurídicos respectivos.
- El equipo local de salud es responsable de realizar la búsqueda activa comunitaria.
- El SIBASI es el responsable de supervisar y apoyar técnicamente el desarrollo de la metodología de búsqueda activa.
- Obtener un croquis del municipio con una lista de todos los cantones, barrios, colonias, entre otros, existentes en el municipio.
- Escoger los cantones, barrios, colonias, entre otros, existentes en el municipio que se encuentre con silencio epidemiológico.

- Escoger un área al azar del listado de las áreas silenciosas. Si no existen áreas silenciosas se escoge el área con más baja cobertura.
- 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 continua visitando las casas siguientes a la derecha al salir de la primera casa hasta totalizar veinticinco casas habitadas con un informante mayor de quince años.
- Si no se han completado las visitas en la primera manzana, proceder con el siguiente sector ubicado al norte.
- Llenar el tabulador de búsqueda activa comunitaria.
- Si se encuentran casos sospechosos se debe notificar y seguir lo establecido para casos sospechosos.

Vigilancia activa de casos sospechosos de SRC.

Metodología para la búsqueda activa institucional de casos sospechosos de SRC

- 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 5
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, décima versión.

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

- Expediente clínico.
 - Sistema mecanizado de morbilidad ambulatoria y hospitalaria de cada institución.
 - Registros diarios de consulta (UCSF, unidades médicas, clínicas comunales).
 - Registros diarios de servicios de emergencias, consulta externa.
 - Registro de egresos hospitalarios y certificados de defunción.
 - Hoja de reanimación.
- b. La búsqueda activa debe realizarse según lo dispuesto en los instrumentos técnicos jurídicos 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.
- c. 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).
 - Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica del ISSS (SIVE).
 - 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.
- d. Llenar los tabuladores de búsqueda activa institucional (individual y consolidado).
- e. 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%.
- f. Se deben implementar acciones para mejorar la calidad de la notificación, investigación y clasificación si se obtienen resultados menores al 80%.
- g. Elaborar recomendaciones, sugerencias y compromisos de acciones de mejora y dejar constancia en libro de supervisión.

- h. Si se encuentra un caso que no ha sido notificado proceder a lo siguiente:
- Notificar e ingresar 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 con rubéola, viajes al extranjero e historia obstétrica, caracterizar su historia perinatal y si es necesario, entrevistarse con el médico que la atendió.
 - Tomar muestra sanguínea y orina o hisopado nasofaríngeo al niño o niña.
 - Tomar muestra sanguínea a la madre.
 - 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 rubéola.
 - 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 Comité de expertos.

Elaborar recomendaciones, sugerencias y compromisos para mejorar la aplicación del sistema de vigilancia y dejar constancia en libro de supervisión.

PAROTIDITIS

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.

1. Epidemiología

Agente infeccioso

Es un virus ARN de un solo tipo antigénico, miembro de la familia *Paramyxoviridae* del género *Rubulavirus*.

Distribución y frecuencia

Cerca de una tercera parte de las personas susceptibles y expuestas padecen infecciones asintomáticas.

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.

El periodo de transmisibilidad abarca desde siete días antes de la tumefacción parotídea, hasta nueve días después de esta.

Reservorio

Humano. No se conoce el estado de portador.

Periodo de incubación

Doce a veinticinco días, en promedio de dieciséis a dieciocho días.

2. Aspectos clínicos:

Características 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.

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 la vida adulta tiene mayor probabilidad de que la enfermedad sea 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 infección en el primer trimestre del embarazo puede causar abortos espontáneos, pero no hay evidencia de malformaciones congénitas.

3. Diagnóstico diferencial:

Parotiditis bacterianas, tumor de glándulas salivales, celulitis facial, síndrome temporo-mandibular, absceso dental y linfadenopatías.

4. Diagnóstico

El diagnóstico de parotiditis es eminentemente clínico y se basa en la presencia de fiebre y de síntomas inespecíficos junto a inflamación parotídea o de otras

localizaciones, especialmente si estas manifestaciones se expresan dos a tres semanas después de un contacto con un paciente con parotiditis. Sin compromiso parotídeo el diagnóstico es más difícil.

5. Tratamiento:

No existe tratamiento específico de la parotiditis epidémica ni de sus complicaciones. Solo es sintomático, con antipiréticos (no usar aspirina por riesgo de síndrome de Reye), paños calientes en la zona parotídea e ingestión abundante de líquidos.

6. 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 relacionado con un caso confirmado por clínica.

Detección y notificación de casos.

- Todo caso debe ser notificado semanalmente en formulario VIGEPES 04.

Intervenciones ante el apareamiento de casos y respuesta a brotes.

- Se considera brote cuando aparecen conglomerados de dos o más casos relacionado entre sí en espacio y tiempo.
- 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.
- Ofertar la vacunación con SPR a susceptibles (los que no cuentan con evidencia de haber sido vacunados) en el conglomerado identificado.
- Educación sanitaria sobre lavado de manos, estornudo, desinfección concurrente de lugares de convivencia con el caso y contactos.
- Aislamiento del caso hasta por diez días a partir del inicio de la inflamación parotídea. No se debe enviar los niños al centro educativo.
- En caso de un brote, aquellas personas que no hayan sido vacunadas por existencia de contraindicaciones a la vacunación o por motivos personales u otros, se recomienda ser excluidas del territorio epidémico hasta que

transcurran veintiséis días después del inicio de la parotiditis en el último caso del brote. En caso de vacunarse durante este período podrán ser readmitidas inmediatamente.

- Si aparecen casos posvacunales, se debe suspender la vacunación contra la parotiditis.

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 no manifiesta son inmunes de por vida. También se adquiere inmunidad al aplicar la vacuna contra paperas (SRP). Aunque la producción de anticuerpos séricos después de la vacunación imita la respuesta producida tras la infección natural los títulos de anticuerpos son inferiores.

- **Vacuna contra el Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP)**

Cuadro 6
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 4 años 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
REACCIONES ADVERSAS	<p>Las más comunes son fiebre (5-15%), exantema (5%), artralgia (25%), linfadenopatías, trombocitopenia y reacciones alérgicas en el sitio de la inyección.</p> <p>Rara vez se presenta encefalopatía (menos de un caso por 1, 000,000 vacunados). Shock anafiláctico</p>

FUENTE: Manual de Vacunas de Latinoamérica, tercera edición, año 2005.

▪ **Vacuna contra el Sarampión y Rubéola (SR)**

Cuadro 7
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	<p>EDAD: de uno a cuatro años como dosis adicional en campañas de seguimiento.</p> <p>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</p>

	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.
REACCIONES ADVERSAS	Las mismas que las descritas para la vacuna SRP.

FUENTE: Manual de Vacunas de Latinoamérica, tercera edición, año 2005.

V. DISPOSICIONES FINALES

Sanciones por el incumplimiento

Todo incumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en las normativas administrativas pertinentes.

De lo no previsto

Lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos técnicos, se debe resolver 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.

De los anexos.

Forman parte de los siguientes Lineamientos técnicos los siguientes anexos:

Anexo 1: Descripción de los indicadores.

Anexo 2: Registro de búsqueda activa institucional para casos sospechosos de sarampión, rubéola y enfermedad febril eruptiva.

Anexo 3: Registro de búsqueda activa institucional para casos sospechosos de SRC.

Anexo 4: Registro de búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de sarampión y rubéola en zonas de riesgo.

Anexo 5: Tabulador de búsqueda activa institucional para casos sospechosos de sarampión, rubéola y enfermedad febril eruptiva.

Anexo 6: Tabulador de búsqueda activa institucional para casos sospechosos de SRC.

Anexo 7: Tabulador de búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de sarampión y rubéola en zonas de riesgo.

VI. VIGENCIA

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular.

San Salvador a ocho días del mes de agosto del año dos mil trece.



The image shows the official signature and stamp of the Minister of Health of El Salvador. On the left is a circular blue stamp with the text 'MINISTERIO DE SALUD' and 'REPUBLICA DE EL SALVADOR' around a central emblem. To the right is a handwritten signature in blue ink. Below the signature, the text 'Dra. María Isabel Rodríguez' and 'MINISTRA DE SALUD' is printed in blue.

BIBLIOGRAFÍA

1. CDC, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 5th Edition, January, 1999
2. Manual de Vacunas de Latinoamérica, Tercera Edición, 2005.
3. Mortality Reduction and Regional Elimination: Strategic Plan 2001- 2005. Ginebra; WHO, 2001 (WHO/V&B/01.13 Rev 1).
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Eliminación del Sarampión: Guía Práctica, Segunda Edición, Washington, DC:OPS, 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El control de las enfermedades transmisibles, 17a ed. Washington, DC: OPS; 2001.
6. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Measles, Publicación Científica y Técnica No. 581.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Unidad de Inmunización, salud familiar y comunitaria, Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), modulos I, II y IV Washington, D.C., 2006
8. Red Book Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas, 2006, 27ª Edición.

ANEXOS

Anexo 1

DESCRIPCION DE LOS INDICADORES.

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL (variables)	ACTIVIDAD A EVALUAR	FORMULA (variables)	ESTANDAR	PERIODICIDAD	INTERPRETACION
1. Tasa de notificación de Sarampión/Rubeola	Son todos los casos sospechosos notificados que se presentan por cada 100,000 habitantes.	La búsqueda permanente y continua de casos por el personal de salud. Sensibilidad del sistema de vigilancia.	$(\text{Número de casos sospechosos reportados} / \text{total de población}) \times 100,000$	Por lo menos 2 casos por 100,000 habitantes.	Anual	Total de casos y tasas de casos sospechosos notificados por municipio, SIBASI (Depto), región de salud y país.
2. Notificación semanal.	Proporción de establecimientos de salud que semanalmente realizan una notificación de vigilancia epidemiológica independientemente que haya habido caso o no; si no hay caso debe registrar en el VIGEPES-04 el número cero (0).	Establecimientos de salud que mantienen la vigilancia de forma continua y permanente, independientemente que exista o no casos.	$(\text{Número de establecimientos de salud que hacen la notificación semanalmente} / \text{total de establecimientos de salud existentes}) \times 100$	Por lo menos el 80% de establecimientos de salud existentes deben realizar la notificación semanal.	Semanalmente	Total y Porcentaje de establecimientos de salud que realizan la notificación semanal agrupados por SIBASI (departamento), región de salud y país.
3. Proporción de casos sospechosos con investigación adecuada.	Son todos los casos sospechosos a los cuales se les ha realizado una visita domiciliar en las 24 horas siguientes a la notificación y que cuenten con la información personal y epidemiológica siguiente: Nombre, número de expediente clínico, dirección, sexo, edad, fecha de notificación, fecha de investigación, fecha de inicio de exantema, fecha de inicio de fiebre, fecha de toma de muestra de sangre, fecha de vacunación contra sarampión y rubéola y antecedentes de viaje. VIGEPES-03	El nivel de respuesta inmediato del equipo de salud para la investigación de la cadena de transmisión e indagación de la información clave del paciente para realizar el control de foco.	$(\text{Número de casos sospechosos reportados que cumplen con una visita domiciliar en las 24 horas siguientes a la notificación y que cuenten con la información personal y epidemiológica siguiente: Nombre, número de expediente clínico, dirección, sexo, edad, fecha de notificación, fecha de investigación, fecha de inicio de exantema, fecha de inicio de fiebre, fecha de toma de muestra de sangre, fecha de vacunación contra sarampión y rubéola y antecedentes de viaje} / \text{total de casos sospechosos reportados}) \times 100$	Por lo menos el 80% de los casos sospechosos reportados deben ser investigados adecuadamente.	Semestral	Total y porcentaje de casos sospechosos investigados adecuadamente agrupados por SIBASI (Depto), por región de salud y país.

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL (variables)	ACTIVIDAD A EVALUAR	FORMULA (variables)	ESTANDAR	PERIODICIDAD	INTERPRETACION
4. Proporción de casos sospechosos con visita domiciliar en las primeras 48 horas que siguen a la notificación	Son todos los casos sospechosos a los cuales se les ha realizado una visita domiciliar en las primeras 48 horas siguientes a la notificación.	El nivel de respuesta inmediato del equipo de salud para completar la investigación de la cadena de transmisión e indagación de la información clave del paciente para realizar el control de foco.	$(\text{Número de casos sospechosos reportados que cumplen con una visita domiciliar en las primeras 48 horas siguientes a la notificación} / \text{total de casos sospechosos reportados}) \times 100$	Por lo menos el 80% de los casos sospechosos reportados deben haber recibido la visita domiciliar en las primeras 48 horas siguientes a la notificación.	Semestral	Total y porcentaje de casos sospechosos con visita domiciliar en las primeras 48 horas siguientes a la notificación desglosado por municipio, SIBASI (Depto), Región de Salud y País.
5. Proporción de casos sospechosos con toma de muestra de sangre oportuna.	Tiempo que demora la toma de la muestra de sangre a un caso sospechoso el cual debe ser hasta un máximo de 30 días posterior a la fecha del inicio del exantema.	La toma de la muestra de sangre al primer contacto (inmediato) con el caso sospechoso.	$(\text{Número total de casos sospechosos notificados con muestra de sangre tomada en un máximo de 30 días posterior a la fecha de inicio del exantema} / \text{Total de casos sospechosos}) \times 100$	Por lo menos el 80% de casos sospechosos notificados con muestra de sangre tomada en un máximo de 30 días posterior a la fecha del inicio del exantema.	Mensual	Total y porcentaje de casos sospechosos notificados con muestra de sangre tomada en un máximo de 30 días posterior a la fecha de inicio del exantema agrupados por municipio, SIBASI (Depto), por región de salud y país.
6. Proporción de casos sospechosos con envío oportuno de muestra de sangre al laboratorio.	Es el tiempo que demora el envío de la muestra desde la fecha de su toma hasta la fecha en que es recibida en el Laboratorio de Nacional de Referencia, el cual no debe sobrepasar los 5 días entre la toma y recepción en el laboratorio.	El envío inmediato de la muestra al laboratorio para ser procesada	$(\text{Número total de muestras de sangre que han sido recibidas en el laboratorio en un rango de tiempo igual o menor a 5 días} / \text{total de muestras de sangre recibidas en el laboratorio}) \times 100$	Por lo menos el 80% de las muestras de sangre deben ser recibidas en el laboratorio en un rango igual o menor a 5 días después de la fecha de toma.	Mensual	Total y porcentaje de muestras de sangre recibidas en el laboratorio en un rango igual o menor a 5 días después de la fecha de toma agrupados por municipio, SIBASI (Depto), por región de salud y por país.

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL (variables)	ACTIVIDAD A EVALUAR	FORMULA (variables)	ESTANDAR	PERIODICIDAD	INTERPRETACION
7. Proporción de casos sospechosos con respuesta oportuna de resultados del laboratorio.	Es el tiempo que demora el laboratorio en notificar la respuesta del examen a partir de la fecha en que se recibe la muestra en el laboratorio.	El nivel de respuesta del laboratorio en la notificación oportuna de los resultados igual o menor a 4 días de las muestras recibidas.	$(\text{Número total de muestras de sangre con respuesta de resultados en un rango de tiempo igual o menor a 4 días} / \text{total de muestras de sangre recibidas en el laboratorio}) \times 100$	Por lo menos el 80% de las muestras de sangre recibidas en el laboratorio deben tener su respuesta en un rango igual o menor a 4 días después de la fecha de recibidas.	Semanalmente	Total y porcentaje de muestras de sangre recibidas en el laboratorio con resultados notificados en un rango igual o menor a 4 días después de la fecha de recibida, agrupados por SIBASI (Depto), por región de salud y por país.
8. Proporción de casos descartados por laboratorios	Total de casos sospechosos con resultados de muestras negativas.	Porcentaje de casos que excluyen el sarampión, rubeola por resultados de laboratorio	$\frac{\text{Total de casos con muestras negativos}}{\text{Total de casos con muestras tomadas}}$	Por lo menos el 95% de casos deben ser descartados mediante resultados serológicos que excluyan en sarampión y rubeola.	Mensual	El total y porcentaje de casos con muestras de sangre negativas agrupadas por SIBASI (Depto.), Region, País.
9. Proporción de cadena de transmisión con muestras representativas para el aislamiento viral.	Investigación que se realiza a todo caso confirmado para conocer cual es el tipo de virus infectante por medio de su aislamiento a través de una muestra tomada.	Investigación y búsqueda permanente y continua de los tipos de virus infectantes y circulantes en el país a través de la toma de muestra para cultivo.	$(\text{Número de muestras de casos confirmados con aislamiento viral} / \text{total de casos confirmados}) \times 100$	Por lo menos el 80% de casos confirmados deben tener una muestra con detección viral.	Mensual	Total de aislamientos virales efectuados a casos confirmados por municipio.



Anexo 5

REPUBLICA DE EL SALVADOR
 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

TABULADOR DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL PARA CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA 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 médicas (todas las causas) del mes a investigar														
Total de expedientes revisados														
Total de personas que cumplen definición de caso	Sarampión													
	Rubéola													
	Enfermedad febril eruptiva (EFE)													
	No cumple													
Edad	menor de un año													
	1 a 4 años													
	5 a 11 años													
	12 a 18 años													
	19 y mas años													
Total de personas que cumplen definición de caso con antecedente vacunal (SPR/SR)	Con antecedente vacunal (Si)													
	Sin dato de vacuna en expediente clinico (No dato)													
Total de casos notificados (VIGEPES 01) (Si)														
Total de casos con muestra (VIGEPES 02)	Sangre													
	Orina													
	hisopado nasofaríngeo													
	Ninguna													
Total de casos investigados (VIGEPES 03) (Si)														
Total de casos cerrados (VIGEPES 03) (Si)														

DVS - Enero 2013



Anexo 6

REPUBLICA DE EL SALVADOR
 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

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 médicas (todas las causas) del mes a investigar													
Total de expedientes clínicos revisados													
Total de malformaciones 1_/	microcefalia												
	Cardíacas												
	Oculares												
	Oseas												
	Sordera												
Otras													
Total de personas que cumplen definición de caso													
Edad	Menor de un mes												
	De 1 a 11 meses												
Sexo	Masculino												
	Femenino												
Total de madres con antecedente de enfermedad febril eruptiva en el embarazo	Con antecedente (Si)												
	No dato en el expediente clínico												
Total de madres vacunadas con SPR/SR	Vacunadas (Si)												
	No dato en expediente clínico												
Total de casos notificados (VIGEPES 01) (Si)													
Total de casos con muestra (VIGEPES 02)	Sangre												
	Orina												
	Hisopado nasofaríngeo												
	Ninguna												
Total de casos investigados (VIGEPES 03) (Si)													
Total de casos cerrados (VIGEPES 03) (Si)													

1_/ Incluye : Cardíacas: Persistencia de conducto arterioso(PCA), estenosis de la arteria pulmonar, estenosis de la válvula tricúspide, coartación aórtica, Conducto intraventricular (CIV) y Conducto intraauricular (CIA).
 Oculares: Cataratas, Glaucoma, retinopatía pigmentaria.
 Oseas: osteitis radiolúcida.

