

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 1 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar el seguimiento continuo y sistemático para la vigilancia integrada de sarampión y rubéola mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control del evento y la detección oportuna de la circulación de virus.

a. Objetivos específicos

- Lograr la notificación inmediata de los casos sospechosos.
- Realizar la búsqueda activa periódica de casos no captados por el sistema de vigilancia.
- Realizar la investigación de todo caso sospechoso durante las primeras 48 horas después de la notificación.
- Tomar las muestras adecuadas para confirmación del diagnóstico al primer contacto con el paciente.
- Orientar las medidas de control que deben adelantarse frente a un caso sospechoso o confirmado.

2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de sarampión y rubéola, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, según se requiera.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

- Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.
- Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.
- Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.
- Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 2 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5. CONTENIDO

5.1. Importancia del evento

5.1.1. Descripción del evento

Sarampión

El sarampión es una enfermedad eruptiva aguda, sumamente contagiosa causada por un virus; clínicamente se diferencian dos etapas en la enfermedad: la primera, llamada fase prodrómica, pre-exantemática o catarral, se caracteriza por fiebre de 38,5° C a 40,5° C y síntomas de las vías aéreas superiores, tos y coriza (rinorrea), además de una fuerte conjuntivitis; en algunas ocasiones, es posible detectar las llamadas manchas de Koplik, signo característico del sarampión. La segunda fase, llamada exantemática o eruptiva, se presenta al tercer o cuarto día después del inicio de la enfermedad y se refiere a una erupción característica con manchas rojas parduscas, que comienzan en la cara y después se generalizan; dura de cuatro a siete días y a veces termina con una descamación fina (1).

Las personas que no han sido vacunadas o que no han padecido la enfermedad son susceptibles al contagio. La tasa de mortalidad en el grupo de edad de 0 a 4 años es muy alta; a pesar de esto, las medidas de aislamiento del enfermo no son suficientes para prevenir el contagio, porque el período de transmisión comienza cuando las manifestaciones no son características de la enfermedad (antes de la aparición del brote), frecuentemente, pasan inadvertidas por los familiares y hasta por los médicos.

Aspecto	Descripción (2)
Agente etiológico	El virus de sarampión pertenece al género <i>Morbillivirus</i> de la familia <i>Paramyxoviridae</i> .
Modo de transmisión	Se transmite principalmente por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio (por ejemplo, al toser o estornudar) o suspendidas en el aire, las cuales entran en contacto con las vías respiratorias superiores o la conjuntiva de una persona susceptible.
Período de incubación	Es de 7 a 18 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema.
Período de transmisibilidad	El riesgo de contagio es mayor entre uno y tres días antes del inicio de la fiebre y la tos o cuatro días antes del comienzo del exantema. La transmisibilidad disminuye rápidamente luego del inicio del exantema hasta los 4 a 5 días siguientes. El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas.
Susceptibilidad	Todas las personas que no han sido inmunizadas adecuadamente o que no han padecido la enfermedad son susceptibles. Los recién nacidos (si su madre ha tenido la enfermedad o ha sido vacunada), suelen ser protegidos por los anticuerpos maternos, pero pierden la inmunidad entre los 5 a 12 meses de edad. Alrededor de 5-10% de los niños vacunados puede no tener una respuesta inmune adecuada (falla vacunal), por lo que requerirán una segunda dosis para estar protegidos. Se han notificado tasas de ataque entre el 75% al 80% entre contactos en el hogar. La eficiencia de la transmisión del sarampión es tal que se han reportado brotes en poblaciones donde sólo entre 3% y el 7% de las personas era susceptible.
Reservorio	El ser humano es el único huésped natural del virus del sarampión.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 3 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Rubéola

La rubéola es una enfermedad infecciosa viral, febril, de alta contagiosidad, muy común en la infancia. Cuando una mujer en gestación sufre la infección, ésta puede producir anomalías en el feto en desarrollo.

La distribución es mundial, universalmente endémica, excepto en comunidades aisladas, especialmente en ciertos grupos de islas que tienen epidemias cada 10-15 años. La rubéola es prevalente en invierno y primavera (estacionalidad); en el trópico, el aumento del número de casos ocurre durante la estación seca; en poblaciones no inmunizadas es una enfermedad de la niñez de ambos sexos; en poblaciones con niños bien inmunizados, la enfermedad se desplaza de manera importante a los adultos jóvenes y adolescentes, con epidemias en poblaciones cerradas.

En cuanto a las características clínicas de la rubéola, es una enfermedad infecciosa, exantemática, viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, *rash* máculo-papular difuso puntiforme; los niños usualmente presentan pocos o ningún síntoma, pero los adultos pueden presentar pródromos por 1-5 días de fiebre leve (<39° C), cefalea, malestar general, coriza y conjuntivitis. La característica clínica más relevante es la presencia de linfadenopatías posauriculares, occipitales y cervicales posteriores y precede al *rash* en 5-10 días. La leucopenia es común y puede ocurrir trombocitopenia; las manifestaciones hemorrágicas son raras. El exantema tiene máxima intensidad en el segundo día y desaparece hasta el sexto día; no se presenta descamación.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Virus de la rubéola, del género <i>Rubivirus</i> , familia <i>Togaviridae</i> .
Modo de transmisión	Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, también se describe el contagio por dispersión de partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados como reclusiones militares, escuelas, jardines infantiles, clínicas, entre otros. Los niños con SRC albergan gran cantidad de virus en sus secreciones nasofaríngeas y en la orina, y sirven como medio de infección para sus contactos.
Período de incubación	De 16 a 18 días con un rango de 14-23 días.
Período de transmisibilidad	Una semana antes y por lo menos 4 días después de aparecer el <i>rash</i> , incluso hasta 14 días; de 25% a 50% de las infecciones son asintomáticas.
Susceptibilidad	La susceptibilidad al virus de la rubéola es universal después de la pérdida de los anticuerpos maternos adquiridos a través de la placenta. La inmunidad activa es adquirida por la infección natural o por la vacunación; es usualmente permanente después de la infección natural y tiende a permanecer por largo tiempo, probablemente por toda la vida después de la vacunación. Los hijos de madres inmunes están protegidos por 6-9 meses dependiendo de la cantidad de anticuerpos maternos adquiridos.
Reservorio	El hombre es el único huésped natural del virus de la rubéola.

Características clínicas y epidemiológicas del sarampión y rubéola y algunos diagnósticos diferenciales (2)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 4 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Enfermedad	Sarampión	Rubéola	Dengue	Eritema infeccioso	Roséola (exantema súbito)
Etiología	Virus del sarampión	Virus de la rubéola	Virus del dengue, serotipos 1 a 4	Parvovirus humano B 19	Herpesvirus humano tipo 6
Periodo de incubación (días)	7–21	12–23	3–14	4–14	5–15
Fiebre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Exantema	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Características	Maculopapular	Maculopapular	Maculopapular	Maculopapular	Maculopapular
Distribución	Cefalocaudal	Cefalocaudal	Centrífugo	Cefalocaudal	Tórax y abdomen
Duración	cuatro a siete días	cuatro a siete días	tres a cinco días	cinco a 10 días	Algunas horas o días
Conjuntivitis	Sí	No	Sí	No	No
Tos	Sí	No	No	No	No
Coriza	Sí	No	No	Sí	No
Adenopatía retroauricular	No	Sí	Sí	No	Sí
Prueba serológica para detectar la infección aguda	IgM	IgM	IgM	IgM	IgM
Consecuencias de la infección durante el embarazo:					
Aborto	Sí	Sí	No	Sí	No
Defectos congénitos	No	Sí	No	No	No
Vacunación como medida preventiva	Sí	Sí	No	No	No

5.1.2. Caracterización epidemiológica

Sarampión

Durante los sesenta, se reportaban cientos de miles de casos de sarampión anualmente. A pesar de contar con una vigilancia por lo general débil, los países de América Latina reportaban alrededor de 220,000 casos anualmente de sarampión durante 1970-1979, con una incidencia anual que variaba entre 47-116/100,000 habitantes. Durante 1971-1980 la mortalidad por sarampión entre 14-55/100,000 lactantes y 8-54/100,000 niños de 1 a 4 años de edad. Los países de las Américas reportaron el impacto que tuvo la vacunación contra el sarampión durante los años ochentas disminuyendo la incidencia y ampliándose el intervalo entre los brotes¹.

En 1996, luego de registrar el número más bajo de casos, la región de las Américas experimento un resurgimiento de la enfermedad en 1997, un 97% de los casos fueron reportados por Brasil. El número de casos confirmados de sarampión disminuyó en los siguientes años con una reducción del 90% comparada con el año de 1990. La transmisión del genotipo D6 del virus de sarampión,

¹ Castillo- Solórzano C, Ruiz Matus C-ed. Compendium of Measles Articles. Washington, D.C: PAHO 2009

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 5 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

que empezó en 1995 y ocasionó grandes epidemias en Argentina, Bolivia, Brasil, República Dominicana y Haití, fue interrumpida en septiembre de 2001. El brote reportado en las Américas con el genotipo D9 fue en el año 2002, en los países de Venezuela y Colombia²; la cual fue interrumpida en noviembre del 2002, catorce meses después de que iniciara.

En 2002, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados miembros a reducir las defunciones debidas a sarampión a la mitad antes de 2005. En comparación con estimaciones de 1999, cuando se calculaban en 873.000, en 2003, la OMS estimó que el sarampión causaba alrededor de 530.000 muertes en el mundo (3).

Los países en la etapa de reducción de la mortalidad por sarampión han fortalecido los esfuerzos para mejorar la comprensión de la epidemiología de esta enfermedad (edad, y estado de vacunación de los casos) a través de los reportes rutinarios, revisión de reportes hospitalarios e investigación de brotes.

En las Américas desde 2003, se han reportado casos importados y relacionados con la importación en números históricamente bajos³; en el periodo de 2008-2009 un 60% de las importaciones de sarampión han provenido de Europa; estos brotes han ocurrido en Argentina, Canadá, Chile, Ecuador, Jamaica, Perú y Los Estados Unidos. Los casos han sido aislados y esporádicos, y los brotes han causado un número limitado de casos secundarios a la importación.

En Colombia, la enfermedad se ha presentado en el pasado tanto en forma endémica como en brotes epidémicos. En los últimos 30 años, se presentaron epidemias en los años 1981, 1987, 1990, 1993 y 2002; en estos brotes, las tasas alcanzaron 118.5, 67.9, 42.1, 28 y 0,35 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. El último brote de sarampión se presentó en 2002 y dejó un total de 139 casos confirmados. Las tasas de incidencia más elevadas se observaron en los menores de un año de edad (2,28 por 100.000 niños) y en el grupo de 1-4 años (1,53 casos por 100.000 niños).

Rubéola

En menores de un año, la tendencia de la enfermedad es el descenso, con una tasa de incidencia nacional en 1995 de 1,3 por 1000 (estimada con base en SIS-12), siendo similar para 1996; durante los dos años siguientes se presentó una disminución de 77% para una tasa de 0,3 por 1.000 menores de un año. Para el periodo 1998-2003, la incidencia en el

grupo de menores de un año ocupó el primer lugar (rango de 0,13-0,84 x 1.000), excepto en el 2000 cuando el grupo de 20-24 años de edad tuvo una tasa de incidencia de 1,04. La característica principal de este período fue la presentación de dos picos de incidencia, siendo el primero en el grupo de 20-24 años y el otro en el grupo de 30-34 años.

Los menores de cinco años son el grupo más afectado por la enfermedad, seguido por adolescentes y adultos jóvenes entre 17 y 29 años de edad, razón por la cual este grupo es

² Ibidem Castillo- Solórzano et al.

³ De Quadros C, Andrus J, Danovaro C, Castillo-Solórzano, C. Feasibility of global measles eradication after interruption of transmission in the Americas. *Expert. Rev. Vaccines* 7(3), 355.362 (2008)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 6 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

susceptible de recibir la vacuna bivalente y en ellos se mide el impacto sobre el síndrome de rubéola congénita, pues están en edad reproductiva.

5.2. Estrategia

Vigilancia rutinaria: en la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola se empleará la **vigilancia pasiva o rutinaria**, la cual operará en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) que conforman el sistema de vigilancia en salud pública. En ellas se realizará vigilancia rutinaria (pasiva) y vigilancia activa mediante actividades de búsqueda activa institucional de casos.

- Notificación inmediata de casos sospechosos.
- Búsqueda activa comunitaria e institucional
- Investigación oportuna después de la notificación.
- Toma de muestras para confirmación del diagnóstico.
- Orientación de las medidas de control.

5.3. Información y configuración del caso

5.3.1. Definición operativa de caso

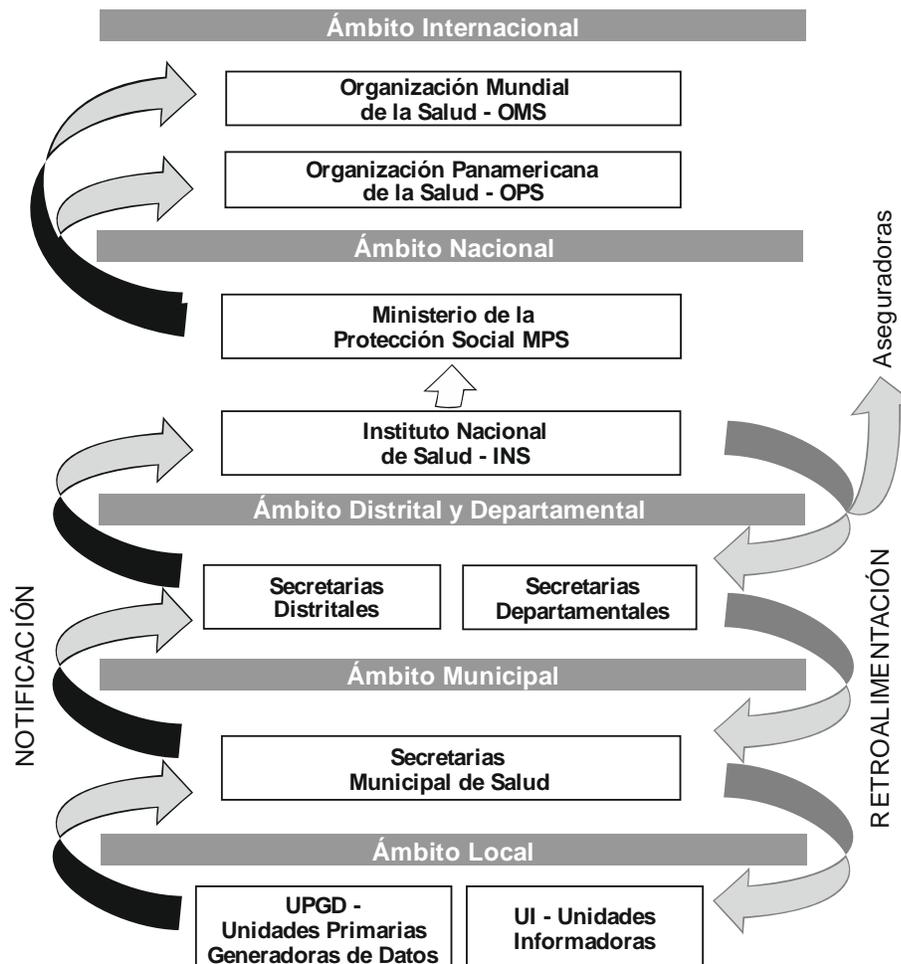
Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso sospechoso	Todo caso en que un trabajador de salud sospecha sarampión o rubéola por presencia de fiebre, erupción máculo-papular y cualquiera de los siguientes síntomas: - tos o coriza o conjuntivitis. - inflamación de ganglios linfáticos cervicales, retroauriculares u occipitales, artralgias.
Caso confirmado por laboratorio	Todo caso sospechoso de rubéola o sarampión que tiene un resultado positivo para IgM y que en sueros pareados demuestra seroconversión por el aumento en el título de anticuerpos IgG, acompañado de un análisis clínico epidemiológico que respalde los resultados del laboratorio.
Caso confirmado clínicamente	Todo caso sospechoso sin muestra adecuada de sangre o sin nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio. Se considera que todo caso confirmado clínicamente representa una falla del sistema de vigilancia epidemiológica.
Caso confirmado por nexos epidemiológico	Todo caso sospechoso de rubéola o sarampión que tiene nexos o vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.
Caso descartado	Es el caso sospechoso de rubéola o sarampión para el cual se tomó una muestra adecuada de suero y que tiene resultado de laboratorio negativo para rubéola por la prueba indirecta de IgM o que en sueros pareados no demuestre seroconversión de anticuerpos IgG
Caso importado	Un caso confirmado de sarampión o rubéola en una persona que viajó a otro país donde circulaba el virus de la rubéola durante el período de posible exposición (<u>Sarampión: de 7 a 18 días antes del inicio del exantema. Rubéola: de 14 a 23 días antes del inicio del exantema</u>) y estuvo en una zona donde había sarampión o rubéola según el caso. Para que se confirme la importación de un caso se debe descartar la posibilidad de exposición local.
Caso relacionado con un caso importado	Casos de sarampión o rubéola relacionados con importación; son las infecciones localmente contraídas que ocurren como parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado
Caso posvacunal o asociado a la vacuna.	Un caso sospechoso de sarampión / rubéola puede clasificarse como descartado y ser

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 7 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Tipo de caso	Características de la clasificación
	diagnosticado de exantema relacionado con la vacuna si satisface los criterios siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente tuvo una enfermedad exantemática, con o sin fiebre, pero no presentó otros síntomas respiratorios que acompañaran al exantema; • El exantema apareció siete a 14 días después de la vacunación; • La muestra de sangre, que contenía anticuerpos de IgM específicos, se obtuvo entre ocho y 56 días después de la vacunación; • Una minuciosa investigación sobre el terreno no logró detectar un caso índice ni ningún caso secundario, y • La investigación práctica y de laboratorio no pudo establecer otras causas (y tampoco se pudo detectar el virus salvaje del sarampión o rubéola mediante cultivo).
Casos con fuente desconocida de infección	Son casos donde la fuente no se identificó después de una investigación minuciosa.

5.4. Proceso de vigilancia

5.4.1. Flujo de la información



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 8 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.4.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
Notificación inmediata	Todos los casos sospechosos de sarampión y rubéola deben notificarse de manera inmediata e individual en cada nivel del sistema.
Notificación semanal	Los casos sospechosos de sarampión y rubéola deben reportarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos sospechosos de sarampión y rubéola y la clasificación final de los casos se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

Las UPGD, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso. Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

5.5. Análisis de los datos

5.5.1. Indicadores

Ver Manual de indicadores de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 9 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.6. Orientación de la acción

5.6.1. Acciones Individuales

- La **notificación** obligatoria e inmediata.
- El **diligenciamiento** de ficha de investigación de caso sospechoso de sarampión o rubéola en su totalidad.
- Elaboración de la historia clínica del paciente es importante tener en cuenta lo siguiente:
- El **manejo del caso**
- Definición del manejo ambulatorio u hospitalario; si el manejo es ambulatorio se debe mantener aislado al paciente durante 5-7 días después de iniciada la erupción. El manejo hospitalario sólo es indicado en casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de complicación. Dada dicha situación el paciente requiere aislamiento respiratorio hasta cinco días después de iniciada la erupción.
- El manejo es sintomático, no existe tratamiento específico. Normalmente se utilizan la vitamina A, la cual disminuye la gravedad de la enfermedad por sarampión y la tasa de letalidad. La OMS recomienda que se administre vitamina A a todos los niños con sarampión agudo. Debe administrarse una dosis (50.000 UI a lactantes menores de 6 meses, 100.000 UI a lactantes de 6 a 11 meses y 200.000 UI a niños de 12 meses en adelante) el día en que se diagnostica el sarampión y otra al día siguiente. Debe proporcionarse tratamiento de apoyo para las diferentes complicaciones del sarampión. En los casos sin complicaciones habitualmente se prescribe aporte de líquidos (como soluciones de rehidratación oral), antipiréticos y terapia nutricional.
- El **estudio de laboratorio** (ver recomendaciones para el diagnóstico de sarampión y rubéola por laboratorio)
 - Detección de anticuerpos IgM para virus de sarampión o rubéola (muestra de sangre).
 - En algunas ocasiones se requiere la cuantificación de anticuerpos IgG en muestras de suero pareadas.
 - Aislamiento del virus (muestras de hisopado nasofaríngeo y/o de orina)
- **La investigación epidemiológica de campo.**
 La dirección municipal de salud realizará la investigación epidemiológica de campo durante las **48 horas siguientes a la notificación** de todos los casos sospechosos con el objetivo de establecer:
 - Fuente de infección
 - Lugar de contagio
 - Antecedentes de vacunación
 - Antecedentes de contacto con otro caso
 - Compromiso de los contactos y su respectivo seguimiento
 - Otros factores que facilitan la transmisión de la enfermedad.

Importante: NO ESPERAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO PARA EMPEZAR A INVESTIGAR UN CASO SOSPECHOSO.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 10 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.6.2. Acciones Colectivas

Búsqueda activa de casos y contactos

- Proceder a la visita del hogar, avisando previamente y buscando que las personas residentes se encuentren en la vivienda.
- Verificar el cuadro clínico.
- Relacionar todos los contactos domiciliarios y laborales en la **tabla de censo domiciliario**. Realizar un croquis de desplazamientos del caso con el objetivo de establecer posibles sitios de contagio.
- Realizar el seguimiento de contactos hasta por 18 días en casos de sarampión y por 23 días en casos de rubéola con el fin de verificar la aparición o no de nuevos casos.
- Verificar que se haya realizado la toma de muestras para realizar los exámenes de laboratorio requeridos y que éstas hayan sido remitidas al laboratorio de referencia.
- Verificar la situación clínica de los contactos y tomar muestras de sangre sólo de los nuevos casos sospechosos de sarampión o rubéola.
- Verificar el estado vacunal del caso y de los contactos.
- Se deberá ofrecer información a la familia sobre los síntomas y la importancia de la consulta precoz.
- Indagar en las viviendas situadas alrededor de la del caso y la aparición durante el mes anterior de casos febriles o exantemáticos.
- Realizar **monitoreo rápido de coberturas -MRC-** como herramienta de evaluación de las intervenciones.

Contactos cercanos

Los contactos son todas las personas que viven en la misma casa o que estuvieron en contacto con el caso durante el período infeccioso (desde cinco días antes del inicio del exantema hasta cinco días después).

Los niños menores de cinco años sin comprobante de vacunación contra la rubéola o sarampión deben ser vacunados de inmediato.

Si han transcurrido menos de 14 días desde el inicio del exantema, todos los contactos deben recibir instrucciones con respecto al aislamiento, estén vacunados o no.

Durante la segunda semana después de la exposición, cuando aparezca el primer signo posible de sarampión o rubéola, el contacto debe permanecer en casa. No debe ir a la escuela, al preescolar, al trabajo, a la iglesia, a clubes, a reuniones, a fiestas, etc. Si tiene sarampión o rubéola, resultará evidente en uno o dos días por la presencia de exantema. Se debe aconsejar a los padres que avisen al servicio de salud en cuanto aparezca el exantema.

Búsqueda activa comunitaria (BAC - Anexo 2)

Se deben visitar los centros preescolares, las guarderías y las escuelas para explorar la aparición de los cuadros en mención. Estas actividades son útiles para identificar otros casos y para confirmar o descartar la presencia de un brote.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 11 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Nota. Ante la aparición de un brote no es necesario confirmar por laboratorio todos los casos sospechosos; sin embargo, con el objeto de hacer seguimiento, resulta útil tomar muestras para análisis de cada cuatro casos sospechosos.

Búsqueda activa institucional (BAI - Anexo 2)

El inicio de una estrategia de búsqueda activa en las IPS es útil para explorar la aparición de cuadros de rubéola que no se han reportado o detectado en el sistema. Esta estrategia debe realizarse trimestralmente y ante la presencia de un caso sospechoso o confirmado.

Búsqueda de susceptibles

Ante la aparición de casos sospechosos, las direcciones municipales deberán proceder de inmediato a:

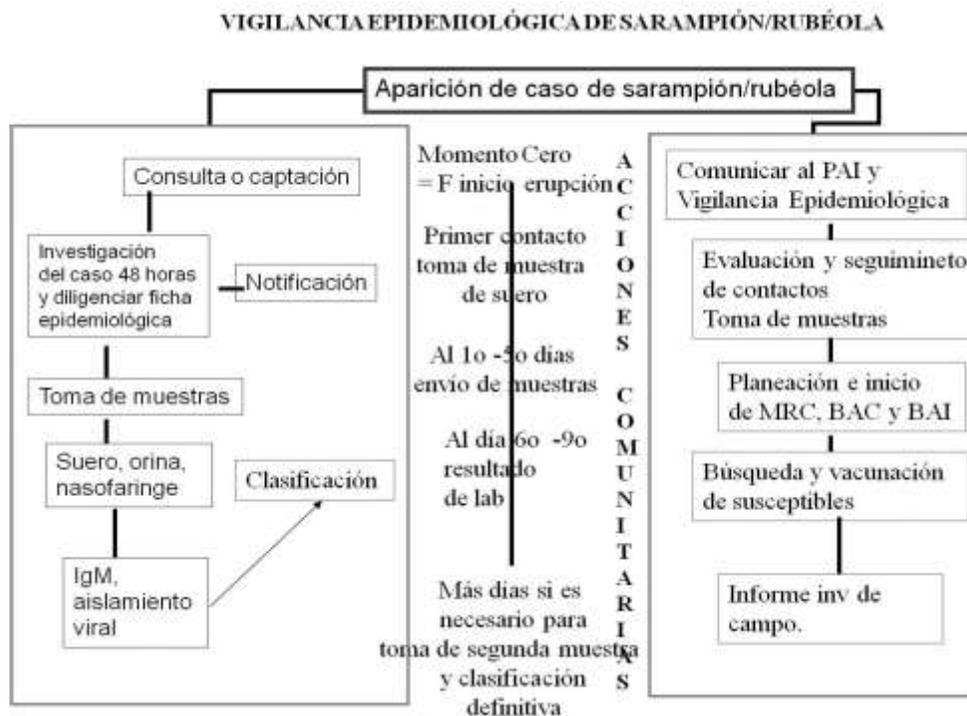
- buscar niños y adultos jóvenes sin antecedentes de vacunación o de enfermedad, principalmente en los lugares donde se presentó el caso;
- visitar a los residentes en la zona y las localidades adyacentes a los casos para instaurar las medidas de bloqueo necesarias y evitar la diseminación de casos. Una vez iniciado un brote en una localidad, la adopción de medidas de control como
- vacunación son generalmente infructuosas en ese grupo expuesto, por eso, el mayor énfasis de la vigilancia debe conducir al mantenimiento de coberturas útiles de vacunación por encima de 95%;
- tomar las medidas del bloqueo para reducir rápidamente el número de susceptibles cercanos al caso; sin embargo, éstas no reemplazan las acciones de vacunación rutinaria.

En Colombia, la vacunación con triple viral se realiza al año de vida y con un refuerzo a los cinco años de edad con el objetivo de captar niños susceptibles que no recibieron la primera dosis o que no respondieron a la vacuna.

En la medida en que las coberturas de vacunación de niños de un año a través del programa regular no sean útiles, será necesario realizar campañas de vacunación de seguimiento de preescolares para lograr la meta de eliminación y la reducción de susceptibles. Cuando las coberturas de vacunación sean bajas, es necesario realizar gestión con las instituciones prestadoras de servicios y las administradoras del régimen contributivo y el subsidiado para revisar los mecanismos de inducción de la demanda establecidos y reorientar la acción al respecto. Las bajas coberturas pueden establecer los factores culturales de la comunidad o del personal de salud o las características que los están determinando.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 12 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Flujograma de acciones individuales y comunitarias



La movilización social

La eliminación del sarampión y la rubéola exige la participación activa de toda la población, tanto para lograr las coberturas de vacunación necesarias como para identificar oportunamente casos sospechosos. Las estrategias de información para la comunidad sobre el sarampión y la rubéola deben establecer su gravedad, la importancia de la eliminación y la necesidad de la vacunación de los menores de edad. Es preciso identificar grupos de población resistentes al uso del biológico, y realizar acciones educativas que conduzcan a la aceptación de la inmunización. Una comunidad debidamente informada sobre el sarampión y la rubéola permite el logro de coberturas de vacunación altas y garantiza el éxito de campañas u operaciones de barrido.

En grupos de alto riesgo de transmisión por sus características socioculturales es preciso implementar estrategias de vigilancia de base comunitaria de forma que sea posible la detección oportuna de sospechosos y la intervención inmediata para el control.

Las medidas de control

Se recomienda el aislamiento domiciliario y evitar la asistencia a la escuela, agrupamientos o cualquier contacto con susceptibles hasta cinco días después del comienzo de la erupción.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 13 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

El personal de salud debe ser vacunado, ya que con frecuencia quienes no están vacunados se contagian y diseminan la enfermedad a sus contactos.

5.6.3. Acciones de laboratorio

Criterios

En Colombia se siguen las recomendaciones de la OPS para el diagnóstico de sarampión, el cual se realiza mediante la detección de IgM en una muestra de suero tomada al primer contacto con el paciente y hasta los 30 días de iniciada la erupción.

En algunas ocasiones se pueden tener resultados positivos o dudosos en las pruebas de IgM sin que se trate de casos reales de sarampión. Esto puede presentarse en pacientes con antecedente vacunal reciente, pero también puede deberse a falsos positivos en las pruebas diagnósticas utilizadas, principalmente por reacciones cruzadas con otros virus.

Por lo tanto, siempre que una muestra arroje un resultado positivo o dudoso para IgM, debe solicitarse la recolección de una segunda muestra de suero tomada 12-15 días después de la primera. Esta segunda muestra debe enviarse inmediatamente al laboratorio nacional de referencia para realizar la cuantificación de anticuerpos IgG en las dos muestras del caso. Si se trata de una infección aguda por sarampión, se espera encontrar un aumento significativo de anticuerpos como evidencia de seroconversión y, por lo tanto, se podría confirmar el caso según los demás datos clínico-epidemiológicos recolectados y analizados. Si no hay un aumento significativo en este título de anticuerpos, el caso se descarta.

Algunos laboratorios departamentales están en capacidad de usar la prueba serológica IgM recomendada actualmente (prueba de Elisa indirecta). Es importante que cuando tengan muestras con resultado positivo o dudoso, informen inmediatamente a la dirección territorial de salud y remitan inmediatamente la muestra al Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud para que se confirme el resultado.

Toma de muestra de suero

La muestra de suero debe recolectarse bajo las condiciones estándar de laboratorio, es decir, asépticamente en un volumen de 10 ml de sangre total en tubos estériles y libres de aditivos; se debe evitar la hemólisis. Para lograr el máximo rendimiento de los sueros, la sangre recolectada se debe dejar a temperatura ambiente por 15 minutos y luego se pone en hielo o en refrigeración a 4° C hasta su centrifugación.

Las muestras de sangre se deben centrifugar a 1.500 rpm durante 10 minutos, preferiblemente en centrífuga refrigerada a 4° C. La separación del suero del coágulo se debe realizar en forma aséptica el mismo día de la toma de la muestra y a más tardar en las dos horas posteriores a la toma. El suero obtenido de cada una de las muestras tomadas debe ser colocado en un tubo seco, limpio, estéril y sin aditivos o anticoagulantes. Una vez separado el suero debe ser refrigerado a 4° C hasta el momento del procesamiento o envío.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 14 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Tanto la muestra como el suero separado del coágulo deben ser rotulados teniendo en cuenta la siguiente información: nombre del paciente, procedencia, edad, sexo, fecha última vacunación antirubéola, fecha de inicio de la erupción, fecha de recolección de la muestra y nombre del remitente e institución.

Toma de muestra para aislamiento viral

Para el aislamiento del virus de sarampión se debe recolectar una muestra de nasofaringe y de orina a todo caso sospechoso que se encuentre en el tiempo óptimo para sus recolección, es decir, dentro de los siete días siguientes al inicio de la erupción. El aislamiento viral se realiza en el laboratorio nacional de referencia.

En la recolección de muestras de orina para aislamiento del virus de sarampión se debe emplear el procedimiento establecido por la red de laboratorios según el siguiente protocolo.

- La muestra ideal es la primera orina de la mañana recolectada en envase estéril durante la mitad de la micción.
- Se debe mantener y enviar al laboratorio a 4° C (refrigerada, NO congelada).
- En el laboratorio la orina se debe centrifugar a 2.500 rpm por 10 min a 4° C, se debe descartar el sobrenadante y resuspender el sedimento en 2 ml de medio de transporte viral.
- Conservar a 4° C y enviar REFRIGERADO dentro de las 24 horas siguientes al Laboratorio Nacional de Referencia. Si no se puede enviar la muestra en las primeras 24 horas, el ideal es conservar a -70° C y enviarla al laboratorio de referencia en hielo seco.

Para la recolección de la muestra nasofaríngea se debe tener en cuenta lo siguiente.

- Se pueden utilizar hisopos de madera, pero son preferibles los de alginato.
- Se debe frotar las fosas nasales y la faringe (separadamente, con hisopos diferentes) de manera que se obtengan células, las cuales se resuspenden en el medio de transporte viral agitando el hisopo y escurriéndolo contra las paredes del recipiente.
- Conservar a 4° C y enviar REFRIGERADO dentro de las 24 horas siguientes al Laboratorio Nacional de Referencia. Si no se puede enviar la muestra en las primeras 24 horas, el ideal es conservar a -70° C y enviarla al laboratorio de referencia en hielo seco.
- En caso de no tener disponible el medio de transporte viral se puede usar de manera opcional solución salina estéril.

Las muestras para aislamiento viral deben enviarse bien rotuladas, identificando claramente el nombre del paciente y la fecha de la toma de la muestra. Estas muestras deben enviarse empaquetadas dentro de otro recipiente o contenedor que proteja la muestra durante el viaje y se debe garantizar que las condiciones de refrigeración (con hielo húmedo) o de congelación (con hielo seco), según sea el caso, para que las muestras se mantengan homogéneas hasta que se reciban en el Laboratorio de Referencia.

Medio de transporte viral: *buffer* salino fosfato –PBS- o solución salina balanceada pH 7.2 adicionada de antibióticos (100 unidades/ml penicilina y 100 ug/ml estreptomina) y 2% de suero fetal bovino o 0,5% de gelatina. Dispensar en tubos plásticos con tapa rosca hasta un volumen de 2 ml.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 15 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoctava Edición. Washington D.C., OPS. 2005. Publicación Científica No. 613. ISBN 92 75 31613 9.
2. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación del Sarampión, Guía Práctica. Segunda Edición. 2007
3. Weekly Epidemiological Record 2005; 80:80.
4. Boletín Semanal de Sarampión, Unidad de Inmunización, Área de salud familiar y comunitaria, OPS, 2005; Vol 11 Número 11.
5. Boletín Semanal de Sarampión, Unidad de Inmunización, Área de salud familiar y comunitaria, OPS, 2004; Vol 10 Número 48.
6. Curso de Gerencia Para el Manejo Efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Módulo I. Enfermedades del PAI. Unidad de Inmunizaciones, Salud Familiar y Comunitaria. Organización Panamericana de la Salud. 2004

7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
IDENTIFICACION		1ra. FASE: ARCHIVO DE GESTION				2da. FASE DISPOSICION INICIAL			3ra.FASE DISPOSICION FINAL
COD	NOMBRE	ORDENACION DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCION	METODO USADO	RESPONSABLE	TIEMPO	METODO UTILIZADO
REG-R02.003.0000-001	Ficha de notificación Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación
REG-R02.003.0000-022	Ficha de notificación Sarampión-rubéola datos complementarios	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION AA MM DD			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
00	10	08	13		

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1 Ficha única de notificación de Sarampión- rubéola

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 16 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Sistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación	 
--	---

Datos básicos

REG-R02.003.0000-001 V:01 AÑO 2011

1. INFORMACIÓN GENERAL											
1.1. Nombre del evento			1.2. Fecha de notificación								
			<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Código	Día	Mes	Año				
Código	Día	Mes	Año								
1.3. Semana*	1.4. Año:	1.5. Departamento que notifica	1.6. Municipio que notifica								
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato		1.8. Código de la UPGD	1.9. Nit UPGD								
		<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> <td>Código</td> <td>Sub.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Depto.	Municipio	Código	Sub.					
Depto.	Municipio	Código	Sub.								

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1. Primer nombre	2.2. Segundo nombre	2.3. Primer apellido												
2.4. Segundo apellido	2.5. Teléfono	2.6. Fecha de nacimiento												
		<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año									
Día	Mes	Año												
2.7. Tipo de documento de identificación		2.8. Número de identificación												
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.														
2.9. Edad	2.10. Unidad de medida de la edad	2.11. Sexo	2.12. País de ocurrencia del caso											
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>Meses</td> <td>Días</td> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Años	Meses	Días	Horas	Minutos		<input type="checkbox"/> M (1) Mas. <input type="checkbox"/> F (2) Fem.		
1	2	3	4	5										
Años	Meses	Días	Horas	Minutos										
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso	2.14. Área de ocurrencia del caso	2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso	2.14.2. Barrio de ocurrencia	2.14.3. Localidad										
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Depto.	Municipio			<input type="checkbox"/> 1 Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2 Centro poblado <input type="checkbox"/> 3 Rural disperso									
Depto.	Municipio													
2.15. Vereda	2.16. Dirección de residencia	2.17. Ocupación del paciente	2.18. Tipo de régimen en salud											
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Contributivo</td> <td>Subsidiado</td> <td>Excepción</td> <td>Especial</td> <td>No afiliado</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado
1	2	3	4	5										
Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado										
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud		2.20. Pertenencia étnica												
		<input type="checkbox"/> 1 Indígena <input type="checkbox"/> 2 ROM, Gitano <input type="checkbox"/> 3 Raizal <input type="checkbox"/> 4 Palenquero <input type="checkbox"/> 5 Negro, Mulato, Afro colombiano <input type="checkbox"/> 6 Otros												
2.21. Grupo poblacional														
<input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales <input type="checkbox"/> 7 Discapacitados <input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migrantes <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 16 Gestantes														

3. NOTIFICACIÓN

3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente		3.2. Fecha de consulta	3.3. Inicio de síntomas																
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Depto.	Municipio			<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Depto.	Municipio																		
Día	Mes	Año																	
Día	Mes	Año																	
3.4. Clasificación inicial de caso		3.5. Hospitalizado	3.6. Fecha de hospitalización																
<input type="checkbox"/> 1 Sospechoso <input type="checkbox"/> 2 Probable <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nex. epidemiológico		<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año													
Día	Mes	Año																	
3.7. Condición final	3.8. Fecha de defunción	3.9. No. certificado defunción	3.10. Causa básica de muerte																
<input type="checkbox"/> 1 Vivo <input type="checkbox"/> 2 Muerto	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año					<table border="1"> <tr> <td>CIE10</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	CIE10									
Día	Mes	Año																	
CIE10																			
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha																	

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES

4.1. Seguimiento y clasificación final del caso	4.2. Fecha de ajuste						
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nex. epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					



Elaborado por:

Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Grupo Enfermedades Transmisibles
Fecha: 2011/07/15

Revisado por:

Patricia Salas Suspes
Profesional Universitaria
Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Fecha: 2011/07/25

Aprobado por:

Dra. Danik Valera Antequera
Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública
Fecha: 2011/08/08

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Sistema de Información SIVIGILA
Fecha de Notificación



Sarampión Cód. INS: 730 | Rubéola Cód. INS: 710

Envíe la ficha de solicitud de examen de laboratorio de Salud Pública con la muestra correspondiente al nivel de competencia. REG-R02.003.0000-022 V:01 AÑO 2011

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. No. de identificación.
<small>* TIPO DE ID: 1- RC: REGISTRO CIVIL 2- TI: TARJETA IDENTIDAD 3- CC: CÉDULA CIUDADANÍA 4- CE: CÉDULA EXTRANJERÍA 5- PA: PASAPORTE 6- MS: MENOR SIN ID 7- AS: ADULTO SIN ID</small>		

4. INFORMACIÓN GENERAL

4.1. Nombre del padre o la madre	4.2. Ocupación del padre o la madre	4.3. Dirección del trabajo
4.4. Caso detectado por <input type="checkbox"/> 1 Consulta <input type="checkbox"/> 2 Laboratorio <input type="checkbox"/> 3 Búsqueda activa institucional <input type="checkbox"/> 4 Búsqueda activa comunitaria <input type="checkbox"/> 5 Investigación de contactos <input type="checkbox"/> 6 Comunidad <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 Desconocido		
4.5. Vacuna contra el sarampión <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido	4.5.1. Dosis	4.5.2. Última dosis Día Mes Año
4.5.3. Fuente <input type="checkbox"/> 1 Carné <input type="checkbox"/> 2 Verbal <input type="checkbox"/> 3 Registro RIPS	4.5.4. Tipo vacuna <input type="checkbox"/> 1 S <input type="checkbox"/> 2 SR <input type="checkbox"/> 3 SRP	
4.6. Vacuna contra la rubéola <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido	4.6.1. Dosis	4.6.2. Última dosis Día Mes Año
4.6.3. Fuente <input type="checkbox"/> 1 Carné <input type="checkbox"/> 2 Verbal <input type="checkbox"/> 3 Registro RIPS	4.6.4. Tipo vacuna <input type="checkbox"/> 1 R <input type="checkbox"/> 2 SR <input type="checkbox"/> 3 SRP	

5. DATOS CLÍNICOS

5.1. Visita domiciliaria Día Mes Año	5.2. Diagnóstico inicial CIE10	5.3. Inicio de fiebre Día Mes Año	5.4. Tipo de erupción <input type="checkbox"/> 1 Maculo papular <input type="checkbox"/> 2 Vesicular <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Desconocido
5.5. Inicio de erupción Día Mes Año	5.6. Duración de erupción Días	5.7. ¿Tos? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.	5.8. ¿Coriza? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.
5.9. ¿Conjuntivitis? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.	5.10. ¿Adenopatía? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.	5.11. ¿Artralgia? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.	5.12. ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.
5.13. No. de semanas	5.14. Lugar probable del parto		

6. POSIBLE FUENTE DE INFECCIÓN

6.1. ¿Hubo contacto con otro caso confirmado de sarampión/rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción? <input type="checkbox"/> 1 Sarampión <input type="checkbox"/> 2 Rubéola <input type="checkbox"/> 3 Ambos <input type="checkbox"/> 4 Ninguno <input type="checkbox"/> 5 Desconocido	6.2. ¿Hubo algún caso confirmado de sarampión/rubéola en el área antes de este caso? <input type="checkbox"/> 1 Sarampión <input type="checkbox"/> 2 Rubéola <input type="checkbox"/> 3 Ambos <input type="checkbox"/> 4 Ninguno <input type="checkbox"/> 5 Desconocido
6.3. ¿Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido	6.4. ¿A dónde? Depto. Municipio
6.5. ¿Tuvo contacto con una mujer embarazada entre los cinco días antes del inicio y los siete días después del inicio de los síntomas? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desc.	

7. DATOS DE LABORATORIO

Tomar una muestra de sangre al primer contacto con el caso; a todo caso que esté en los primeros siete días de inicio de erupción; tome adicionalmente muestra para aislamiento (hisopado nasal/faríngeo y orina)

Fecha de toma	Fecha de recepción	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha del resultado	Valor registrado
Día Mes Año	Día Mes Año					Día Mes Año	
Día Mes Año	Día Mes Año					Día Mes Año	
Día Mes Año	Día Mes Año					Día Mes Año	
Día Mes Año	Día Mes Año					Día Mes Año	

Marque así
 MUESTRA: 1- SANGRE | 2- ORINA | 3- HISOPADO | 4- L.C.R. | 5- ASPIRADO
 PRUEBA: 1- IgM INDIRECTA | 2- IgG EIA | 3- PCR | 4- AISLAMIENTO | 5- OTRA | 6- DESCONOCIDA
 AGENTE: 1- SARAMPIÓN | 2- RUBÉOLA | 3- DENGUE | 4- CITOMEGALOVIRUS | 5- HERPES 6 | 6- PARVOVIRUS B19 | 7- OTRO | 8- DESCONOCIDO
 RESULTADO: 1- POSITIVO | 2- NEGATIVO | 3- NO PROCESAR | 4- INADECUADO | 5- DUBOSO | 6- DESCONOCIDO

8. SEGUIMIENTO, AJUSTES Y CLASIFICACIÓN FINAL

8.1. ¿Hubo vacunación de bloqueo? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido	8.2. ¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido	8.3. ¿Se hizo seguimiento a contactos? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido
8.4. Si el caso fue confirmado, señale fuente de infección <input type="checkbox"/> 1 Importado <input type="checkbox"/> 2 Relacionado con importación <input type="checkbox"/> 3 Fuente desconocida <input type="checkbox"/> 4 Autóctono	8.5. Si el caso fue importado o relacionado con importación, ¿de que país?	
8.6. Si el caso es descartado, señale el criterio para descartar <input type="checkbox"/> 1 Laboratorio negativo <input type="checkbox"/> 2 Reacción vacunal <input type="checkbox"/> 3 Dengue <input type="checkbox"/> 4 Parvovirus B19 <input type="checkbox"/> 5 Herpes 6 <input type="checkbox"/> 6 Reacción alérgica <input type="checkbox"/> 7 Otro diagnóstico		

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 18 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

9.2. Anexo 2- Metodología para la búsqueda activa de casos de sarampión y rubéola.

Objetivo

Buscar casos de pacientes sospechosos de sarampión y rubéola de inicio reciente que hayan consultado en una institución de salud y que hayan sido o no captados y notificados por el Sistema de Vigilancia (Sivigila).

Búsqueda activa institucional (BAI)

Es la revisión de los RIPS, SIS o cualquier otro sistema de registro de consultas del último mes en los servicios de consulta externa y urgencias de pediatría y medicina general de las IPS públicas y privadas para identificar personas con diagnóstico compatible con enfermedad febril eruptiva no vesicular, a las cuales se les revisará la historia clínica y, de ser compatible con la definición de caso sospechoso de sarampión y rubéola, se les tomarán las correspondientes muestras de suero y de nasofaringe.

Los hallazgos encontrados se tabularán para obtener el número de diagnósticos revisados, número de casos compatibles encontrados, número de historias clínicas revisadas, número de casos sospechosos realmente encontrados y número de muestras obtenidas. La información será consignada en tablas diseñadas para tal efecto.

Los posibles afectados serán visitados por personal capacitado (médico o enfermera) para determinar si se trata de un caso sospechoso, si se estudió y se notificó como tal, y si es posible aún tomar las pruebas confirmatorias. Se llenará la ficha correspondiente y se clasificará según las definiciones operativas.

▪ ***Búsqueda comunitaria***

En los sectores del municipio en que se realice la vacunación casa a casa, ya sea por actividades del programa regular de vacunación o por continuar con la jornada posterior a la campaña de vacunación, se preguntará por la presencia de personas que hayan presentado fiebre $>38^{\circ}$ C y erupción 30 días antes de la visita. **SE DEBE DAR PRIORIDAD A LOS LUGARES OCUPADOS POR POBLACIÓN VULNERABLE COMO EN EL CASO DE LOS DESPLAZADOS.**

Se aprovechará la estrategia de vacunación casa a casa y/o la realización de los monitoreos rápidos de coberturas de vacunación para realizar esta actividad. Para ello, en el momento de la visita a la vivienda en donde se va a vacunar, se preguntará por la presencia de casos de enfermedad febril eruptiva en los 28-30 días previos en cualquiera de los miembros de la familia o habitantes de la vivienda.

Si se encuentran personas que reúnan los criterios de la definición de caso sospechoso, se les recolectará una muestra de suero tomada al primer contacto con el paciente y hasta los 30 días de iniciada la erupción.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 19 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Los hallazgos encontrados se tabularán para obtener número de viviendas visitadas, número de personas entrevistadas o interrogadas, número de casos sospechosos encontrados y número de muestras obtenidas.

Definiciones operativas

Caso a investigar institucionalmente: diagnósticos diferenciales de sarampión, rubéola, roséola o exantema súbito, escarlatina, exantema viral o cualquier otro exantema vírico sin especificación como síndrome febril eruptivo o enfermedad febril eruptiva.

Si la información se encuentra almacenada en algún sistema de información o base de datos, la consulta se podrá realizar buscando según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10), que son los siguientes.

	CIE-10
Sarampión	B 05. Incluye B050, 051,052,05.3,054, 058 y 059
Rubéola	B 06.0, Incluye B060,068, 069
Exantema súbito roséola infantil, 6ª enfermedad	B 08.2
Exantema viral (incluye eritema infeccioso o 5ª enfermedad)	B 09
Exantema vírico sin especificar	B 09X
Otras infecciones virales caracterizadas por lesiones de piel	B 08
Escarlatina	A 38X

Caso sospechoso a investigar en la comunidad: toda persona que conteste a la encuesta haber presentado fiebre acompañada de brote eritematoso (máculo-papular) no vesicular en los últimos 30 días.

Selección de sitios para realizar la BAI

La responsabilidad de la selección de los sitios en donde se debe realizar la BAI de sarampión o rubéola es del nivel departamental; se deben considerar las instituciones de

salud de nivel I y II, las cuales tienen mayor probabilidad de atender pacientes con esta patología.

Clasificación de casos

La clasificación de los casos se realizará de acuerdo a las definiciones operativas de casos incluidas en este protocolo

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 20 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Instrumentos

- Instrumento de búsqueda institucional con número de diagnósticos revisados, historias clínicas revisadas, listado de casos confirmados, casos descartados y correlación con la notificación.
- Instrumento de búsqueda activa comunitaria.

Evaluación de la BAI

Para la evaluación de la estrategia de búsqueda activa institucional de rubéola se propone el seguimiento a través de los siguientes criterios.

1. Proporción de casos captados de rubéola o sarampión que no fueron notificados.
2. Porcentaje de casos captados con ficha de investigación de caso completa.
3. Porcentaje de casos captados con muestra de suero adecuada.
4. Proporción de IPS visitadas en relación con las programadas para BAI.
5. Porcentaje de cumplimiento de la notificación semanal en las IPS visitadas (durante las últimas cuatro semanas).
6. Intervalo de tiempo entre la consulta y la notificación (aplica a los casos captados en la BAI y que habían sido previamente notificados al sistema de vigilancia).
7. Intervalo de tiempo entre la notificación y el inicio de la visita domiciliaria (aplica a los casos captados en la BAI y que hayan sido previamente notificados al sistema de vigilancia).
8. Intervalo de tiempo entre el inicio de la erupción y la recolección de la muestra de suero (aplica a los casos captados en la BAI y que hayan sido previamente notificados al sistema de vigilancia).
9. Porcentaje de casos sospechosos captados que finalmente se confirman por laboratorio o por nexa epidemiológico.
10. Porcentaje de casos sospechosos captados que finalmente se confirman clínicamente.
11. Porcentaje de casos sospechosos captados que finalmente se descartan.

Instructivo para el diligenciamiento de los formularios de búsqueda activa (institucional y comunitaria)

Formulario (a): búsqueda institucional

- Consignar la fecha en que se hace la revisión de registros.
- Anotar el nombre de la IPS en donde se realiza la BAI.
- En la columna DIAGNÓSTICO, registrar el diagnóstico compatible encontrado (ver listado de diagnósticos compatibles CIE-9 o CIE-10).
- En la columna FECHA DX, registrar la fecha en que se realizó el diagnóstico o fecha de consulta.
- En la tercera columna anotar el nombre y apellidos del paciente.
- En la cuarta columna anotar el número de historia clínica.
- En la quinta columna (SOSPECHOSO), registrar si el caso compatible encontrado se clasifica como sospechoso de rubéola o no según la revisión de la historia clínica.
- En la sexta columna registrar si se tomó o no muestra de suero.
- En las últimas columnas anotar la dirección y teléfono del caso para realizar la posterior visita domiciliaria.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	Página 21 de 26
		PRO-R02.003.0000-031	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

- Finalmente, en la parte superior derecha de la hoja registre el NUMERO TOTAL DE REGISTROS O CONSULTAS revisadas (indispensable).

Formulario (b): actividades comunitarias

Este formulario se diligencia únicamente para los casos sospechosos de rubéola encontrados por BA institucional y registrados en la columna **SÍ** de sospechosos del formulario (A).

- Consignar la fecha en que se hace la revisión de registros.
- Anotar el nombre del municipio y de la IPS en donde se realiza la BA
- En la primera columna anotar el nombre y apellidos del paciente.
- En la segunda columna anotar el número de historia clínica.
- En la tercera columna registre el nombre de la IPS en donde fue captado el caso.
- En las dos columnas siguientes anotar la dirección y teléfono del caso para realizar la posterior visita domiciliaria.
- En la columna siguiente anotar el **número de viviendas visitadas** alrededor del caso sospechoso investigado.
- En la columna siguiente anotar el **número de contactos (familiares, vecinos o laborales) censados** alrededor del caso sospechoso investigado.
- En la columna siguiente anotar el **número de sintomáticos encontrados** alrededor del caso sospechoso investigado, tanto en las viviendas alrededor del caso como entre los contactos intradomiciliarios o cercanos.

Formulario (c): consolidado de búsqueda institucional

Este formulario se diligencia únicamente para consolidar la información de los casos sospechosos de rubéola encontrados por BA institucional.

- Consignar la fecha en que se hace la revisión de registros.
- Anotar el nombre del municipio y de la IPS en donde se realiza la BA
- En la primera columna anotar el servicio revisado (consulta externa, medicina general, pediatría o urgencias).
- En la segunda columna, anotar el total de diagnósticos revisados en ese servicio.
- En la tercera columna registre el número de historias clínicas seleccionadas.
- En la columna siguiente, anotar el **número de visitas domiciliarias realizadas**.
- En la columna siguiente, anotar el **número de muestras de sangre recolectadas**.

Formulario (d): búsqueda activa comunitaria

Este formulario se diligencia únicamente para la información que se recolectará durante las visitas a empresas o establecimientos comerciales.

- Consignar la fecha en que se hace la visita.
- En la primera columna, anotar el nombre de la empresa o establecimiento visitado
- En la segunda columna, anotar el total de personas encuestadas en el sitio.
- En la tercera columna registre el nombre de la(s) persona (s) que afirman haber tenido los síntomas compatibles con caso sospechoso de rubéola o sarampión
- En las columnas siguientes, anotar la dirección y el teléfono de las personas que tienen síntomas compatibles con rubéola o sarampión

