

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 1 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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 del comportamiento del síndrome de rubéola congénita mediante los procesos 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 eliminación de éste evento en el país.

1.2. Objetivos específicos

- Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos sobre síndrome de rubéola congénita.
- Fortalecer el diagnóstico serológico de laboratorio de la rubéola y el SRC y el aislamiento del virus en el país.
- Identificar tempranamente los casos nuevos del síndrome de rubéola congénita.
- Generar información descriptiva que caracterice el comportamiento y la dinámica del evento en el país.
- Orientar el accionar de los responsables en salud pública con el fin de detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los casos de rubéola congénita.
- Contribuir al mejoramiento de la identificación de casos, brotes y su investigación para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la ocurrencia de nuevos casos.

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 rubeola congénita, 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 DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 2 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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

La rubéola es una causa frecuente de exantema y fiebre en la población infantil y su importancia para la salud pública radica en los efectos teratógenos de la primoinfección rubeólica en la mujer embarazada (1). La pandemia mundial de rubéola de 1962-1965 puso de manifiesto la importancia del síndrome de rubéola congénita (SRC); se estima que en Estados Unidos ocurrieron más de 20.000 casos.

Luego de una infección durante el primer trimestre del embarazo, el riesgo de aborto espontáneo aumenta aproximadamente en 50% (1). Las manifestaciones clínicas del SRC pueden ser transitorias (por ejemplo, púrpura), estructurales permanentes (por ejemplo sordera, defectos del sistema nervioso central, cardiopatía congénita o cataratas) o afecciones de aparición tardía (por ejemplo, diabetes mellitus). La infección materna antes de la 19ª semana de gestación puede causar sordera neurosensorial, mientras que la catarata y la cardiopatía sólo se producen cuando la infección es anterior a la 9ª semana de gestación (1).

El riesgo absoluto de SRC en los niños nacidos de madres infectadas durante el embarazo varía ampliamente entre los diversos estudios: en parte, refleja la edad de los niños en el momento de la revisión, ya que la sordera se detecta con mayor facilidad luego de los dos años de vida.

Aspecto	Descripción (2)
Agente etiológico	Es un virus RNA que pertenece a la familia Togavirus (Togaviridae) y al género Rubivirus y no tiene reacción cruzada con otros miembros de la familia. Es un virus inestable, termolábil, y es rápidamente inactivado por agentes químicos, cambios del pH, y sensible a la luz ultravioleta.
Modo de transmisión	La mujer embarazada entra en contacto con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, por contacto directo con la secreción o a través de gotas expulsadas por una persona enferma al hablar, estornudar o toser. Se estima que de 25 a 50% de las infecciones es asintomático. En la mujer embarazada durante la viremia, el virus puede infectar la placenta. Al parecer la replicación en la placenta precede a la infección fetal y permite la entrada del virus en la circulación fetal seguida de la infección fetal de los órganos. Los lactantes con rubéola congénita expulsan grandes cantidades de virus con las secreciones faríngeas y con la orina, y en consecuencia, son fuente de infección para sus contactos susceptibles.
Período de incubación	El período de incubación es de 14 a 23 días desde el momento de la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas. La mayoría presentan el exantema después de 14 a 17 días de haber estado expuesto al virus.
Susceptibilidad	La susceptibilidad es general después que el recién nacido pierde los anticuerpos adquiridos a partir de los anticuerpos maternos. Los lactantes generalmente permanecen protegidos por los anticuerpos de la madre durante los primeros seis a nueve meses de vida. La inmunidad activa se adquiere por medio de la infección natural o por la vacunación. La inmunidad activa es duradera, y se ha establecido que se prolonga toda a vida. Ocasionalmente se ha demostrado reinfección. La susceptibilidad es general en poblaciones no vacunadas o que no han sido expuestas al virus. Se estima que en América Latina de 25 a 30% permanece susceptible. La rubéola congénita depende del número de mujeres en edad fértil susceptibles.
Reservorio	El ser humano es el único huésped natural del virus de la rubéola.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 3 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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	

5.1.2. Caracterización epidemiológica

La epidemiología del SRC es realmente conocida en pocos países del mundo. Un modelo matemático estableció la incidencia de la enfermedad en varios países que no están usando la vacuna, estimándola en 110 casos anuales. La revisión de la información en los países en desarrollo varía entre 0,6 y 2,2 por 1.000 nacidos vivos; tasas similares se observaron en países antes de la vacunación universal.

En los últimos tiempos, y por diversas razones, ha crecido el interés por la carga de morbilidad debida a esta infección. Se documentaron epidemias de rubéola que causaron SRC en Panamá a mediados de la década de 1980, y en Omán y Sri Lanka en la década de 1990 (1).

En la región de las Américas a la fecha el SRC es monitorizado por un sistema de vigilancia pasiva y los datos de vigilancia sobre su incidencia son limitados. Los pocos casos reportados probablemente representan tan sólo la punta del iceberg. Se estima que ocurrían 20.000 casos anuales antes de implementar las actividades de vacunación.


Con los esfuerzos en la eliminación del sarampión en la región de las Américas, los datos del sistema de vigilancia epidemiológica han permitido documentar la circulación del virus de la rubéola en muchos países de las Américas. Las investigaciones de brotes de rubéola también han permitido documentar casos de SRC en países de la región (3).

El progreso regional hacia la eliminación de la rubéola ha sido significativo y el número de casos confirmados de rubéola ha disminuido en 98,6% entre 1998 y 2006 (de 135.947 a 1.871). El número de países/territorios en las Américas que reportan casos de SRC ha aumentado de 18 (13%) en el año 1998 a 100% desde 2003. En el año 2005, los países comenzaron a reportar los casos sospechosos de SRC semanalmente. En 2006, 617 casos sospechosos de SRC se reportaron y cinco de ellos fueron confirmados (datos desde SE 52, 2006), lo que representa una reducción si comparamos con los 20 casos de SRC confirmados en 2005 (4).

En Colombia a través del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA se han notificado 66 casos de SRC en el 2007, 142 en el 2008 y 203 en el 2009, todos con resultados negativo para este evento. Las entidades territoriales que han aportado el mayor número de notificaciones han sido Bogotá, Meta, Antioquia y Nariño. Este incremento se ha generado por el fortalecimiento de la vigilancia a través de la creación de unidades centinelas establecidas en 10 ciudades del país y el acompañamiento continuo a los departamentos por parte del nivel central.

5.1.3. Estrategia

- Vigilancia pasiva
- Vigilancia activa
- Vigilancia centinela: hospitales de referencia de alta complejidad, instituciones para personas discapacitadas.
- Seguimiento de casos que aparecen en el período neonatal o en la primera infancia.
- Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio y aislamiento del virus.


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 4 de 12
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000-033	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	

- Encuestas periódicas para determinar la prevalencia de discapacidades como la ceguera y la sordera.
- Vigilancia de la rubéola adquirida para determinar la proporción de casos que se producen en mujeres en edad fértil e identificar los brotes epidémicos.
- Seguimiento a epidemias o brotes de rubéola adquirida.

5.2. Información y configuración del caso

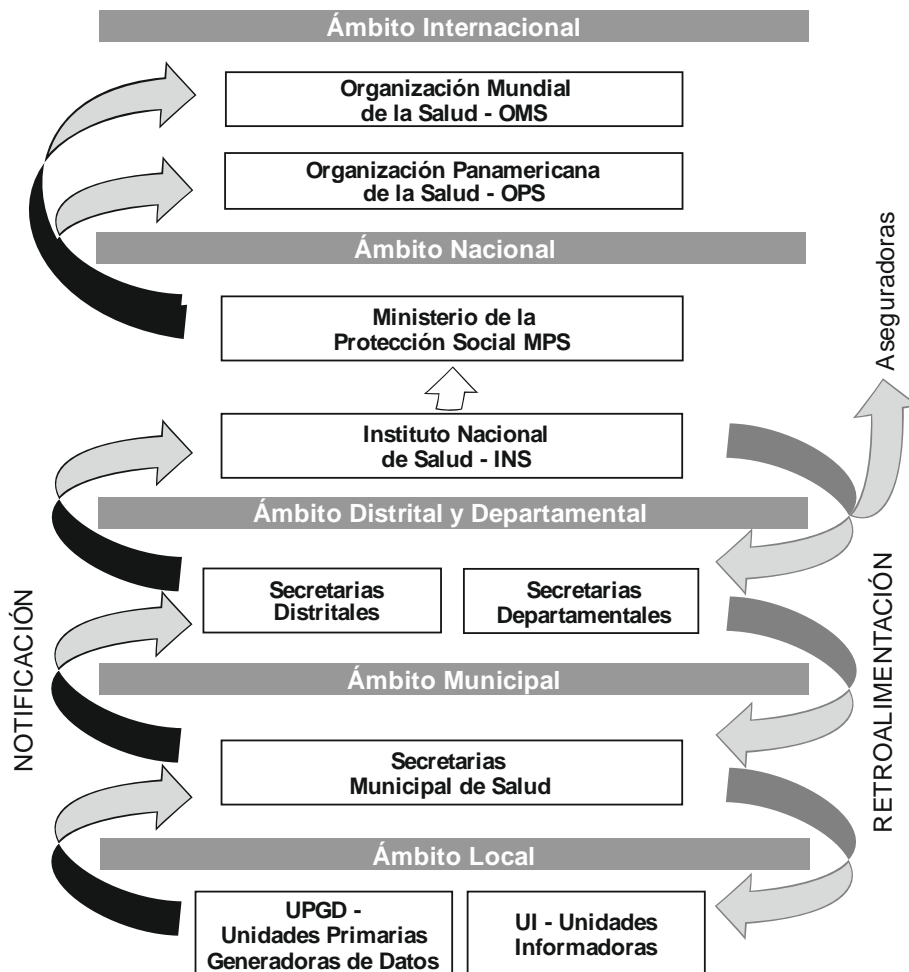
5.2.1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación (5)
Caso sospechoso	Se considera como caso sospechoso de SRC a todo niño o niña menor de un año de edad, en el cual un trabajador de la salud, en cualquier nivel de atención, encuentre uno o varios de los siguientes trastornos: catarata congénita o cualquier anomalía congénita ocular, defectos cardíacos congénitos incluido el ductus arterioso persistente (documentado), purpura, sordera, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia persistente asociada a la hiperbilirrubinemia directa; o porque la madre tuvo confirmación o sospecha de rubéola durante el embarazo.
Caso confirmado por laboratorio	Todo caso sospechoso de SRC que tenga una de las siguientes pruebas de laboratorio positivas: <ul style="list-style-type: none"> • demostración de anticuerpo IgM específico para rubéola • aumento significativo en los títulos de anticuerpos IgG para rubéola en dos muestras de suero pareadas (fase aguda y convaleciente) • aislamiento del virus de rubéola en nasofaringe, orina o suero. • PCR positiva para virus de rubéola.
Caso confirmado clínicamente	Todo caso sospechoso de SRC para el cual no hay una muestra adecuada de suero o para aislamiento viral (se considera una falla de la vigilancia).
Infección por rubéola congénita (IRC)	Esta designación se usa para infantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de SRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados. Por ello, <i>estos casos deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo</i>
Caso descartado	Caso sospechoso con una muestra adecuada de suero cuyo resultado ha sido negativo para anticuerpos tipo IgM específicos de rubéola.


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 5 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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

5.3. Proceso de vigilancia

5.3.1. Flujo de la información



El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 6 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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	

5.3.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
Notificación inmediata	Todos los casos sospechosos de SRC deben notificarse de manera inmediata e individual a la nación.
Notificación semanal	Todos los casos de SRC deben ser notificados semanalmente a la secretaría municipal de salud y de ésta a la secretaría departamental de salud, la cual notificará al INS.
Ajustes por periodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos sospechosos de SRC y la clasificación final de los casos deben realizarse a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (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.

5.4. Análisis de los datos


5.4.1. Indicadores

Ver indicadores MNL-R02.001.4010-003.

5.5. Orientación de la acción

5.5.1. Acciones Individuales

Detección y notificación de casos en la UPGD: se realiza de manera obligatoria e inmediata para los casos sospechosos de SRC. El 100% de los casos sospechosos de SRC identificados por el profesional de la salud deben ser comunicados al área de vigilancia en salud pública u oficina de epidemiología de la IPS y de la secretaría municipal (o local) de salud e investigados en un lapso de 48 horas.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 7 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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	

- Diligenciamiento de ficha única de notificación para SRC.
- Manejo del caso de SRC: definir el manejo ambulatorio u hospitalario según guía de manejo y grupo de riesgo.

Recién nacidos:

- Definir el manejo hospitalario o ambulatorio. El manejo hospitalario está indicado solamente para los casos complicados o con alto riesgo de complicación. Requiere aislamiento respiratorio estricto.
- Debe hacerse control mensual en los primeros seis meses y continuar con controles cada seis meses hasta cumplir el año de edad.
- Remisión a los diferentes especialistas para evaluar las consecuencias del SRC y su manejo.

Mujeres embarazadas:


- El manejo hospitalario está indicado solamente para los casos complicados o con alto riesgo de complicación. Requiere aislamiento respiratorio estricto.
- Establecer las características de infección de la madre durante la gestación; para tal fin es útil indagar por el sitio de residencia de la madre durante el período en que ocurrió la infección en la gestación de referencia (14 a 23 días del inicio del *rash* o 21 días antes de la concepción, o durante las primeras 20 semanas de gestación), tipo de ocupación de la madre, antecedente de exposición a personas con rubéola y antecedente de vacunación materna.
- Si la información suministrada por la madre es inespecífica o no se pudo informar, es necesario levantar datos sobre la presencia de rubéola en el área de procedencia de la madre a través del estudio de los registros rutinarios de consulta, lo que permite establecer la circulación del virus.
- En relación con la información clínica, es útil explorar la fecha de realización y los resultados de exámenes serológicos durante el embarazo y describir el tipo de malformaciones del niño de acuerdo con la descripción clínica.

Una vez que el caso sospechoso de SRC ha sido descartado por el laboratorio, el seguimiento para establecer un diagnóstico diferencial, definitivo, podrá ser el siguiente:

- Establecer una causa infecciosa del cuadro clínico: procesar la muestra de suero para anticuerpos IgM específicos para citomegalovirus, herpes humano virus tipo 6, parvovirus B19. Estas muestras deben ser enviadas al Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud.
- Establecer una causa cromosómica: procesar muestra para cariotipo. Esta muestra debe enviarse al Laboratorio de Genética del INS.

5.5.2. Colectiva

Los niños (as) con SRC se considerarán como fuente de infección hasta el año de edad, a menos que, luego de los tres meses de edad, los cultivos virales apropiados sean negativos. Algunas autoridades consideran que son necesarios dos cultivos negativos con un mes de separación entre ellos, debido a que si una de las muestras se maneja o se recolecta en forma inapropiada el cultivo puede dar falso negativo. Se debe evitar, entonces, el contacto con sujetos susceptibles. Para ello

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 8 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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	

se debe hacer la búsqueda activa de sus contactos (sobre todo mujeres gestantes) y la identificación de los susceptibles (niños de un año y mujeres en edad fértil), quienes serán vacunados. Esto último le corresponde al establecimiento de salud en cuya jurisdicción reside el paciente de SRC.

Ante un incremento importante en el número de casos de rubéola, es necesario informar a la población sobre los modos de transmisión de la infección, la importancia de la vacunación en los niños de un año de edad y la vacunación a mujeres en edad fértil para evitar la presencia de productos con SRC, así como advertir sobre la importancia del aislamiento de los casos, sean niños o adultos.

5.5.3. Acciones de laboratorio

Criterios

La rubéola congénita puede ser diagnosticada por serología a través de la búsqueda de IgM o persistencia de IgG en la sangre del recién nacido y por aislamiento viral (5).

Momentos apropiados para la recolección de las muestras

Los exámenes de laboratorio son imprescindibles para establecer el diagnóstico diferencial definitivo. Para la investigación de casos sospechosos de SRC debe extraerse una muestra de sangre para detección de IgM y una muestra de hisopado nasofaríngeo para aislamiento viral después del nacimiento, cuando las sospechas confirmen la infección materna durante la gestación; o bien después de surgir la sospecha diagnóstica en menores de un año.

Los niveles de IgM en el niño con SRC son detectables por más de un año. Se reporta que hasta en 100% de los menores de seis meses con SRC son IgM (+) y que 60% continúa con títulos positivos al año de edad.

Toma de muestras, procesamiento, almacenamiento y transporte

- Tomar sangre del cordón umbilical del recién nacido.
- Tomar muestras para aislamiento, de preferencia de niños menores de tres meses de edad. Después de este periodo, la tasa de aislamiento declina a 50%-60%, a pesar de que es posible que la excreción del virus se mantenga hasta los 18-24 meses de edad. Para la toma de la muestra para aislamiento viral, se toman tres hisopos estériles, uno en cada una de las narinas (parte posterior de la nasofaringe) y uno en la garganta, friccionando la mucosa hasta obtener un número adecuado de células.

Almacenamiento y transporte


Los hisopos se deben colocar en 3 ml de medio de transporte viral (MTV) y conservar en refrigeración (a 4° C) por 24-48 horas. No se debe congelar, se debe enviar al laboratorio de referencia en termos debidamente etiquetados.

La detección viral en las secreciones de oro/nasofaringe demostrará la presencia del virus y permitirá diferenciar el tipo de virus (vacunal o salvaje) por medio de la secuenciación.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 9 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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. Lucha contra la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en los países en desarrollo: primera parte: la carga de morbilidad debida al SRC. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. WHO/V&B/00.03. 2003.
2. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoctava Edición. Washington D.C., OPS. 2005. Publicación Científica No. 613. ISBN 92 75 31613 9.
3. XVII Reunión del GTA-Protegiendo la Salud de las Américas: Avanzando de la salud de los niños a la salud de la familia. Boletín de Inmunización. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Vol XXVIII, Número 4, Agosto de 2006. 8p. ISSN 1814-6252.
4. Rubella Watch, Suplemento especial del Boletín Informativo de Inmunizaciones. Noticias actualizadas de la Unidad de Inmunizaciones de la OPS. Eliminación de la rubéola y el SRC. Washington D.C. Febrero de 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Guía Práctica. Publicación Científica y Técnica No 606. Washington D.C.2005.
6. Reunión Ad Hoc de expertos para establecer las mejores prácticas de Vigilancia del Síndrome de Rubéola congénita. Boletín de Inmunización. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Vol XXVIII, Número 4, Agosto de 2006. 8p. ISSN 1814-6252.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 10 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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	

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	Orden cronológico y temático	Auxiliar servicios generales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación
REG-R02.003.0000-023	Ficha de notificación Síndrome de rubeola congénita datos complementarios	Orden cronológico y temático	Auxiliar servicios generales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
	AA	MM	DD		
00	2010	08	13		

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Ficha de notificación de síndrome de rubéola congénita

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 11 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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			
1. INFORMACIÓN GENERAL			REG-R02.003.0000-001 V:01 AÑO 2011
1.1. Nombre del evento		1.2. Fecha de notificación	
		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
		Depto. Municipio Código Sub.	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1. Primer nombre		2.2. Segundo nombre	
2.4. Segundo apellido		2.5 Teléfono	
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. extranjería <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
1 2 3 4 5	Años Meses Días Horas Minutos	M F (1) Mas. (2) Fem.	
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso		2.14. Área de ocurrencia del caso	2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso
Depto. Municipio		1 Cabecera municipal 2 Centro poblado 3 Rural disperso	2.14.2 Barrio de ocurrencia
			2.14.3. Localidad
2.15 Vereda	2.16. Dirección de residencia	2.17. Ocupación del paciente	2.18. Tipo de régimen en salud
		Código	1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Excepción 4 Especial 5 No afiliado
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud		2.20. Pertenencia étnica	
Código		1 Indígena 2 ROM, Gitano 3 Raizal 4 Palenquero 5 Negro, Mulato, Afro colombiano 6 Otros	
2.21. Grupo poblacional			
5 Otros grupos poblacionales 7 Discapacitados 9 Desplazados 13 Migrantes 14 Carcelarios 16 Gestantes			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente		3.2. Fecha de consulta	3.3. Inicio de síntomas
Depto. Municipio		Día Mes Año	Día Mes Año
3.4. Clasificación inicial de caso		3.5. Hospitalizado	3.6. Fecha de hospitalización
1 Sospechoso 2 Probable 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. nexo epidemiológico		1 Sí 2 No	Día Mes Año
3.7. Condición final	3.8. Fecha de defunción	3.9. No. certificado defunción	3.10. Causa básica de muerte
1 Vivo 2 Muerto	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
0 No aplica 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. nexo epidemiológico 6 Descartado 7 Otra actualización			Día Mes Año

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Página 12 de 12
		PRO-R02.003.0000-033	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	

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



Síndrome de rubéola congénita Cód. INS: 720														
<small>REG-R02.003.0000-023 V:01 AÑO 2011</small>														
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>														
<small>Llene esta ficha para todo menor de un año en quien un trabajador de salud de cualquier nivel del sistema de salud sospeche el SRC. Generalmente se sospecha el SRC en un lactante cuando (1) el niño presenta uno o más de las siguientes condiciones: cataratas congénitas, defectos cardiacos congénitos, púrpura o sordera; (2) cuando el niño presenta uno o más de los signos o síntomas registrados en los datos clínicos, o (3) si la madre tuvo confirmación o sospecha de infección de rubéola durante el embarazo. En especial los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos específicos del SRC.</small>														
4. INFORMACIÓN GENERAL														
4.1. Clasificación inicial <input type="checkbox"/> 1 Sospechoso por datos clínicos <input type="checkbox"/> 2 Sospechoso por hijo de madre con sospecha o confirmación de rubéola				4.2. Nombre de la madre o tutor										
4.3. Lugar de nacimiento del paciente				4.4. Fuente de notificación <input type="checkbox"/> 1 Pública <input type="checkbox"/> 2 Privada <input type="checkbox"/> 3 Laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Comunidad <input type="checkbox"/> 5 Búsqueda activa <input type="checkbox"/> 8 Otras <input type="checkbox"/> 9 Desconocida										
5. HISTORIA MATERNA														
5.1. Nombre de la madre				5.2. Edad <small>En años</small>		5.3. Embarazos <small>No. embarazos previos</small>		5.4. ¿Carné de vacunación? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.		5.5. ¿Vacuna de rubéola? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.				
5.6. No. de dosis		5.7. Última dosis <small>Día Mes Año</small>		5.8. ¿Rubéola confirmada? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.		5.9. Sem. de embarazo		5.10. ¿Similar a rubéola? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.		5.11. Sem. de embarazo				
5.12. ¿Expuesta a rubéola? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.		5.13. Sem. de embarazo		5.14. ¿Dónde?		5.15. ¿Viajes? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.		5.16. Sem. embarazo		5.17. ¿Dónde?				
6. DATOS CLÍNICOS														
6.1. APGAR (1-10):			6.2. ¿Bajo de peso al nacer? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.			6.3. Peso (grs):			6.4. ¿Pequeño para edad gestacional? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Des.			6.5. Semanas		
Ojos	Cataratas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Microcefalia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
	Glaucoma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Retraso en el desarrollo psicomotor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
Oídos	Retinopatía pigmentaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Púrpura	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
	OTROS: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Hígado agrandado (hepatomegalia)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
Corazón	Persistencia del conducto arterioso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Ictericia al nacer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
	Estenosis de la arteria pulmonar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Bazo agrandado (esplenomegalia)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
Otros	OTROS: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Osteopatía radiolúcida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
	Sordera: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
	OTROS: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido	OTROS: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	Desconocido				
7. DATOS DE LABORATORIO														
<small>Tome 2 CC de sangre al primer contacto con un caso sospechoso de SRC y una muestra para aislamiento viral</small>														
7.1. Fecha de toma		Fecha de recepción		Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha resultado		Valor del resultado				
Día Mes Año		Día Mes Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día Mes Año						
7.2. Fecha de toma		Fecha de recepción		Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha resultado		Valor del resultado				
Día Mes Año		Día Mes Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día Mes Año						
7.3. Fecha de toma		Fecha de recepción		Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha resultado		Valor del resultado				
Día Mes Año		Día Mes Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día Mes Año						
7.4. Fecha de toma		Fecha de recepción		Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha resultado		Valor del resultado				
Día Mes Año		Día Mes Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día Mes Año						
Marque así: Muestra: 1. SANGRE 2. ORINA 3. HISOPADO 4. ASPIRADO Procedimiento: 1. IgM INDIRECTA 2. IgG EIA 3. PCR 4. AISLAMIENTO 5. OTRA 6. DESCONOCIDA Agente: 2. RUBEOLA 4. CITOMEGALOVIRUS 5. TOXOPLASMOVIS 6. SIFILIS 7. VIRUS HERPES 8. OTRO 9. DESCONOCIDO Resultado: 1. POSITIVO 2. NEGATIVO 3. SIN PROCESO 4. INADECUADO 5. DUDOSO 9. DESCONOCIDO										7.5. Fecha inicio de investigación Día Mes Año				
7.6. Diagnóstico final (descartado por) <input type="checkbox"/> 1 Infección congénita de rubéola (IRC) <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 9 Desconocido						7.7. Investigado por			7.8. Teléfono					