



**ACTA DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA INMUNOPREVENIBLES
MUNICIPIO DE QUINCHÍA**

ACTA No.

Lugar: sede Comfamiliar en Quinchía, Risaralda

Fecha 16 de abril de 2026

Hora: 8:30 a 11 am

Personas citadas:

Dirección Local de Salud y Empresa Social del Estado

Asistentes:

Se anexa listado de asistencia

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación asistentes
2. Socialización aspectos claves inmunoprevenibles.
3. Cierre de la AAT.

DESARROLLO

1. Se realiza presentación de los asistentes

2.

TOSFERINA

La tos ferina es una enfermedad respiratoria grave y altamente contagiosa de distribución global, con alto número de hospitalización, complicaciones y muertes, especialmente en niños menores de dos meses.

La tos ferina causa entre 200.000 y 400.000 muertes anuales en todo el mundo.

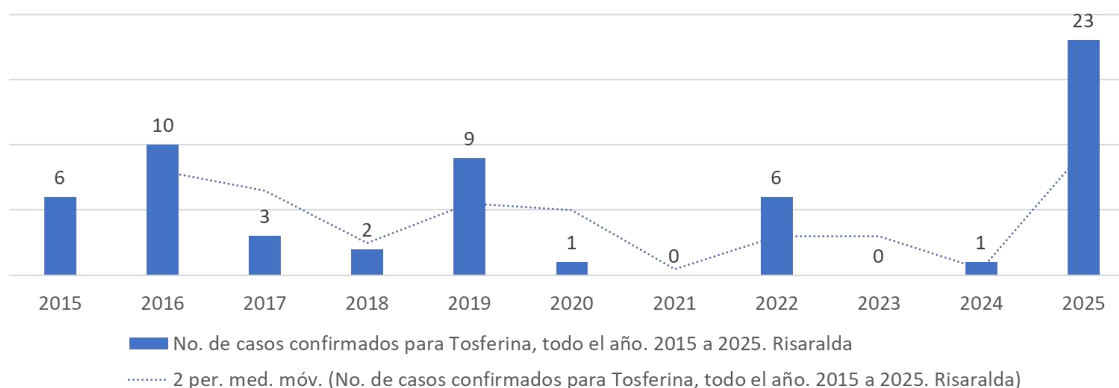
Primera causa de muerte prevenible por vacunación.

Aumento de casos debido a una cobertura de vacunación inadecuada y una disminución de la inmunidad en adolescentes y adultos.

Se requiere un monitoreo continuo de las tendencias nacionales, la identificación de poblaciones propensas y el fortalecimiento de la vigilancia de laboratorio.



No. de casos confirmados para Tosferina, todo el año. 2015 a 2025. Risaralda



El anterior gráfico muestra que la vigencia 2025 cerró con el mayor número de casos, respecto a los 10 años anteriores (2015 a 2024).

Se hace énfasis en los periodos de incubación y de transmisibilidad, puesto que estos ayudan en un brote a: 1) incubación: irse a los días más extensos, para verificar dónde estuvo el caso o quién lo visitó y poder identificar la fuente inicial y 2) Transmisibilidad: para indicar aislamientos.

Se hace también un recordatorio sobre la definición de caso del evento, la necesidad e importancia de las tomas de muestras a los casos probables (si se notifica a SIVIGILA DEBE TENER MUESTRA ADECUADA Y OPORTUNA). Los casos se deben notificar inmediatamente desde probables y las acciones se deben realizar también en ese momento. Tipo de muestra: Hisopado nasofaríngeo, (Escobillón de nylon, rayón, dacrón o poliéster), Muestra recomendada para mortalidades: Lavado broncoalveolar (200 µL mínimo), Medio de transporte Regan Lowe con hisopo (Escobillón de nylon, dacrón o poliéster) – Hasta 21 días desde el inicio de síntomas. PCR múltiple (panel respiratorio).

PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA – PFA

La poliomiелitis es una infección causada por poliovirus, que se manifiesta como una PFA que afecta sobre todo a menores de cinco años. Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas) y un 5 a 10 % de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios. En cuanto a la situación epidemiológica, cuatro regiones del mundo han sido certificadas libres de circulación autóctona del PVS: América (1994), Pacífico Occidental (2000), Europa (2002), Asia Suroriental (2014) y África (2020). En 2023 se confirmaron 12 casos de poliomiелitis por PVS y 360 casos por PVDVc en todo el mundo, la cifra más baja en la historia de la erradicación mundial. América: el último caso de poliomiелitis causado por PVS fue detectado en Junín, Perú en septiembre de 1991. Colombia: en 1991 se presentó el último brote por PVS en el municipio de Arjona (Bolívar).

En las características del evento, se resalta la importancia del periodo de incubación y del periodo de transmisibilidad.





Se insiste en la definición de caso probable:

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable	• Cualquier caso de PFA, incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré, en menores de 15 años, por cualquier motivo que no sea causada por traumatismo grave, tumor o degeneración de la neurona motora; • Persona de cualquier edad con enfermedad parálitica en quien se sospeche poliomieltis.

Se debe tomar muestra, para confirmar o descartar.

Tipo de muestra: Materia fecal sin preservante (2 - 5 g), debe ser en los primeros 14 días después del inicio de la parálisis,

MENINGITIS

La meningitis de origen bacteriano representa la forma más letal de la enfermedad; tanto su distribución, morbilidad y mortalidad están determinadas por las condiciones económicas y sociales de los países, donde la vacunación para su prevención, y los medicamentos para su control están limitados. La situación epidemiológica de acuerdo con la OMS, las Meningitis Bacterianas (MBA) son un problema de salud pública: causan alrededor de 241 mil muertes al año en el mundo. Los agentes causales son: H. influenzae tipo B, Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis.

En América: la incidencia actual de la enfermedad meningocócica endémica en América Latina suele ser de menos de dos casos anuales por cada 100 000 habitantes.

En Colombia: entre 2015 y 2020, el Haemophilus influenzae reportó incidencia de 0,03 casos por 100 mil habitantes y una letalidad entre el 3,5 % y 17,6 %; el Streptococcus pneumoniae reportó una incidencia de 0,14 casos y una letalidad entre el 13 % y 27 % de los casos. Para Neisseria meningitidis, la incidencia es de casos y una letalidad entre el 13,4 % y el 22 %.

En las características del evento, se resalta la importancia del periodo de incubación y del periodo de transmisibilidad.

Se insiste en la definición de caso probable:



Tabla 2. Definiciones operativas de caso para Meningitis bacteriana y Enfermedad Meningocócica

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica	Meningitis bacteriana: paciente que presente cuadro clínico de inicio súbito de fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos: • Rigidez de nuca • Alteraciones de conciencia • Señales de irritación meníngea • Rash purpúrico o petequiral (meningococo) • En menores de un año, abombamiento de la fontanela. El examen citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones: • LCR turbio • Recuento de leucocitos mayor de 100/mm³ con recuento de neutrófilos mayor o igual 80 % • Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl • Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl • Gram de LCR positivo para bacterias Enfermedad meningocócica: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequiral, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares.

Se debe tomar muestra, para confirmar o descartar.

Tipo de muestra: ideal Líquido Cefalorraquídeo, tomado por medio de Punción lumbar, Si el paciente fallece, se puede tomar incluso post mortem.

Se reitera que el caso probable debe cumplir con todas estas características, es decir, que sólo pueden notificar estos casos las IPS que tengan la infraestructura y el talento humano para poder realizar una punción lumbar.

Varicela

La varicela afecta principalmente a niños, aunque puede presentarse en cualquier edad. En 2019, la OMS reportó que solo 50 de 194 países incluyen su vacuna en programas rutinarios. Recomendación vacunación universal donde la enfermedad sea un problema de salud pública y se logre ≥80% de cobertura, para proteger a grupos vulnerables como bebés, embarazadas y personas inmunosuprimidas.

Entre 2007 y 2023, Colombia notificó más de 1,2 millones de casos de varicela, con una baja en 2020–2021 atribuida a medidas por COVID-19. En 2023 se registró un aumento del 38 % respecto a 2022, con mayor incidencia en menores de cinco años. La mayoría de los casos fueron hombres, procedentes de cabeceras municipales, y concentrados en grandes ciudades.

Se presenta el comportamiento, durante la vigencia 2025.

Tabla 1. Características del virus varicela-zóster



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de Salud

Despacho de la Secretaría
Vigilancia Epidemiológica
Acta reunión

Período de incubación	El período de incubación para la varicela es 10 a 21 días.
Periodo de transmisibilidad	Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela y persiste hasta que todas las lesiones estén en fase de costra; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones. En los pacientes inmunocomprometidos con varicela progresiva, probablemente el período de transmisibilidad sea durante todo el tiempo de erupción de nuevas lesiones; este virus es muy infeccioso y produce infección secundaria en contactos cercanos susceptibles en proporción cercana al 90 %.

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para varicela

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	Todo caso que presente una enfermedad de comienzo repentino, con fiebre moderada, erupción cutánea de tipo maculo-papular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas. Estos casos deberán ser evaluados por un profesional de salud competente para determinar el diagnóstico para varicela, es importante resaltar que el evento se puede relacionar a un caso confirmado pudiéndose clasificar como caso confirmado por nexo epidemiológico. La detección de IgM no es útil para el diagnóstico de enfermedad aguda ya que los métodos disponibles ofrecen baja sensibilidad y especificidad.
Caso confirmado por nexo epidemiológico	Caso clínicamente compatible que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por clínica.
Caso descartado	Caso que no cumple con definición operativa de varicela y fue descartado por un profesional de medicina. Considerar diagnósticos diferenciales, especialmente enfermedad de manos, pies y boca (virus coxsackie) y viruela símica (Mpox). Se deben descartar los casos confirmados por laboratorio para Mpox cuyo periodo de incubación coincida con el de varicela y haya sido notificado para ambos eventos.

Tabla 3. Definición operativa de brote en poblaciones especiales confinadas, instituciones y comunidades

Tipo de brote	Definición de brote	Periodo de cierre de brote
Población especial confinada: Fuerzas Militares, Policía Nacional. Centros de detención transitoria* y establecimientos penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). <i>Además, se incluyen grupos étnicos y migrantes en condición de confinamiento.</i>	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.
Institucional Instituciones, fundaciones o establecimientos que cumplan el criterio de internado** . Hospitales y clínicas hacen parte de este grupo.	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.
Comunitario Establecimientos o lugares que no cumplen la condición de internado. Están incluidos los brotes familiares y en instituciones educativas. Los brotes con mortalidades o hallazgos relevantes en la investigación de campo serán de especial atención a nivel central.	A partir de dos casos o más con nexo epidemiológico.	21 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.





Sarampión y Rubéola

El sarampión es una de las principales causas de muerte entre niños pequeños, aun cuando existe una vacuna segura y rentable. La eliminación del SR se mantiene como prioridad política sanitaria. De igual manera, se indica que el $R_{sub\ cero}$ de esta enfermedad es mayor al de otras enfermedades infecciosas.



Colombia cuenta con la recertificación de país libre de SR. Las características epidemiológicas, la calidad de actividades de vigilancia, la vigilancia por laboratorio, el análisis de cohortes de la población vacunada y todas las acciones realizadas desde todos los niveles de atención de estos casos, han permitido tener de nuevo la certificación.

En cuanto a los indicadores de vigilancia, se resalta que debemos cumplir con la tasa de notificación de Sarampión y Rubéola, la cual no hemos cumplido. Se recuerda que la notificación se hace desde la sospecha y la definición de caso es fiebre y erupción máculopapular: debe cumplir siempre con esta definición de caso, tanto en HC como en la ficha de Sivigila. Se solicita realizar AAT continua al talento humano en salud, para que haga la notificación adecuada y oportuna de estos casos.

¿Por qué se vigila SR?

A partir del año 2010 los países de la Región iniciaron el proceso de documentación y verificación para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el SRC. El 22 de enero de 2014 la Comisión Internacional de expertos declaró a Colombia libre de la Circulación de virus autóctonos de sarampión y rubéola, con lo cual la nación marca otro hito en la erradicación de enfermedades prevenibles por vacuna.

Se resalta la definición de caso probable:



Tabla 3. Definiciones operativas de caso en la vigilancia integrada de sarampión y rubéola

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso sospechoso	Todo caso en que un profesional de salud sospeche de sarampión o rubéola, presencia de fiebre y erupción maculopapular. Puede estar acompañado de alguno de los siguientes síntomas: - Tos o coriza o conjuntivitis - Inflamación de ganglios linfáticos retro auriculares, cervicales u occipitales y artralgias.
Caso confirmado por laboratorio	Caso que tiene un resultado positivo para IgM y que en sueros pareados demuestra seroconversión o aumento en el título de anticuerpos IgG, acompañado de un análisis clínico epidemiológico que respalde los resultados del laboratorio. Caso de sarampión o rubéola con un resultado de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) positiva para sarampión o rubéola.

Se deben tomar muestras para confirmar o descartar los casos. Para este evento se deben tomar tres muestras:

Tipo de muestra: - Hisopado orofaríngeo, Secreción respiratoria, Aspirado nasofaríngeo o bronquial, Lavado broncoalveolar en MTV (hasta 14 días)
- Orina (sedimento – hasta 10 días),
- Suero (1 mL mínimo – hasta 30 días).

Todas estas muestras se deben tomar idealmente en los primeros 7 días desde el inicio de síntomas, sin embargo, se cuenta con los tiempos anteriormente descritos, para su toma.

También se indican algunas enfermedades febriles exantemáticas y arbovirosis, con sus diferencias clínicas

Cuadro 1. Diferencias clínicas más relevantes entre las enfermedades febriles exantemáticas y algunas arbovirosis

Signos/síntomas	Dengue	Chikunguña	Zika	Sarampión	Rubéola
Fiebre	Indispensable	Indispensable	Puede aparecer	Indispensable	Indispensable
Exantema maculopapular	Frecuente	Frecuente	Indispensable	Indispensable	Indispensable
Tos	Ausente	Ausente	Ausente	Frecuente	Ausente
Coriza	Ausente	Ausente	Ausente	Frecuente	Puede aparecer
Conjuntivitis	Puede aparecer	Puede aparecer	Indispensable	Frecuente	Puede aparecer
Artralgia	Frecuente	Indispensable	Frecuente	Ausente	Frecuente
Linfadenopatía	Ausente	Puede aparecer	Puede aparecer	Ausente	Frecuente

Fuente: curso Brote de Sarampión en la era poseliminación: estudio de caso. OPS

FUENTES DE INFORMACIÓN

En cuanto a la calidad en el reporte de información, se hace énfasis en diligenciar muy bien los municipios de procedencia y residencia, pues de esto depende también la oportunidad de las acciones para el control, además poner muy bien los datos de contacto, como dirección, teléfono.

De igual forma se explican las acciones para el control de los eventos:



Investigación Epidemiológica de Campo (48 horas, excepto Tos ferina, que es hasta 72 horas post notificación), de acuerdo a cada protocolo.

Unidades de análisis (todas las muertes, casos sin muestra o muestra inadecuada, máximo 5 semanas para su realización).

Puntos clave a tener en cuenta en la IEC:

1. Visita domiciliaria.
2. Identificar y caracterizar el caso según tiempo, lugar y persona.
3. Identificar contactos estrechos. (En casa y con quienes tuvo contacto el paciente). Sintomáticos TOMAR PRUEBA, SUBIR A SIVIGILA. DLS - EAPB
4. Recolección de antecedentes clínicos y patológicos del caso y contactos.
5. Antecedentes vacunales del caso y contactos (+ Tdap).
6. Realizar Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación (MRCV) (incubación y transmisibilidad).
7. Investigar posible fuente de infección: indagar por antecedentes de viaje, antecedentes patológicos o de inmunodeficiencia y antecedente vacunal.
8. Quimioprofilaxis. TODOS LOS CONTACTOS, TENGAN O NO SÍNTOMAS. (Tosferina y Meningitis). EAPB – DLS.

Nota: se resalta, en cuanto a la IEC, que sólo los eventos de Sarampión y Tosferina cuentan con formato de IEC, el cual debe ser completamente diligenciado.



Fuente: curso Brote de Sarampión en la era poseliminación: estudio de caso. OPS





¿DÓNDE SE PRODUJO EL CONTAGIO?

Las preguntas deberían permitir obtener información para identificar:

- El período de exposición/incubación del caso sospechoso
- Las personas con las que vive
- Los lugares que visitó
- Los medios de transporte que utilizó

¿A QUIÉN CONTAGIO?

Las preguntas deberían permitir obtener información para identificar:

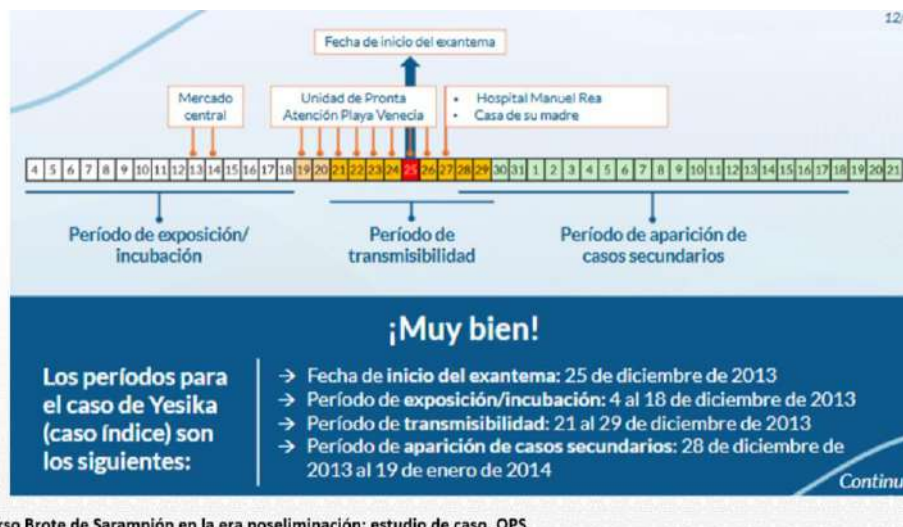
- Las fechas de contagio
- Las rutas de desplazamiento que realizó el caso sospechoso
- Las personas con las que vive o que la/lo visitaron
- Los lugares que visitó

¿CÓMO EVITAR EL CONTAGIO DE OTRAS PERSONAS?

Las preguntas deberían permitir obtener información para:

- Realizar el seguimiento de todos los contactos
- Vacunar a los contactos susceptibles
- Adelantarse a la circulación del virus

Fuente: curso Brote de Sarampión en la era poseliminación: estudio de caso. OPS



Fuente: curso Brote de Sarampión en la era poseliminación: estudio de caso. OPS

Información, educación, comunicación desarrollo de capacidades en la comunidad para la identificación temprana y reporte de situaciones inusuales.

Búsqueda Activa Institucional (BAI) UPGD o IPS la envían con una periodicidad, de acuerdo a cada protocolo. Pero también se debe realizar una vez ocurran estos casos. Los diagnósticos que deben buscar, específicamente para SyR, son los siguientes:



**Consolidado BAC para Sarampión
y Rubéola**

Nombre del caso:	
Barrio/vereda:	
Número de manzana encuestada:	
Fecha:	
Total viviendas visitadas	0
Total viviendas efectivas	
Total de viviendas abiertas	
Total de viviendas cerradas	
Total de viviendas reventadas	
Total de viviendas abandonadas	
Total de viviendas cerradas con niños	
Total de instituciones comunitarias visitadas	
Total de comunidades visitadas	
Total personas con síntomas (fiebre y exantema)	
Total personas en la vivienda	0
Menor de un mes	
1 mes a 4 años	
5 a 14 años	
15 a 24 años	
25 a 34 años	
35 y más	
Efectividad de la BAC	#DIV/0!
Nota: si la efectividad es menor a 80 %, hay alta migración o reemplazo en los habitantes (hotel día). Se debe ampliar o repetir la BAC.	

Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV)

1. Se realiza simultáneo a la BAC.

Principio del MRCV en brotes

El monitoreo rápido NO usa muestra probabilística, sino:

👉 Búsqueda activa casa a casa en el área de riesgo del brote. El objetivo es:

- Identificar niños susceptibles.
- Verificar esquemas vacunales.
- Vacunar inmediatamente si hay atraso.

EQUIPO: entrevistador y vacunador.

2. ¿Cuántos niños se deben evaluar?

Depende del escenario:

● A. Cuando la población es pequeña (veredas, barrios focalizados)

👉 Se deben evaluar TODOS los niños del grupo de riesgo.

Ejemplo:

- Vereda con 18 niños <5 años → se monitorean los 18.

● B. Cuando la población es grande

Se aplica la regla operativa del PAI:

👉 Mínimo 20 niños por conglomerado o sector intervenido.

Esto permite:

- Detectar fallas rápidamente
- Tomar decisiones inmediatas de vacunación ⚠️

Pero si se identifican más niños durante la búsqueda, se incluyen todos.

● C. En brotes (lo más importante)



En situación de brote la indicación técnica es:

- ✓ No limitarse a una muestra mínima
- ✓ Buscar activamente toda la población susceptible alrededor del caso.

Se prioriza:

- Vivienda del caso
- Vecinos inmediatos
- Instituciones educativas
- Comunidad cercana (anillo epidemiológico).

- ✓ 3. Grupo de edad según el evento. Depende de la enfermedad del brote:

Evento	Población a monitorear
Sarampión / Rubéola	6 meses – 5 años (y susceptibles mayores)
Tosferina	<5 años y gestantes
Varicela	<10 años susceptibles
Polio	<5 años

En casos de BROTES:

Tosferina y Meningitis: dos o más casos relacionados, con al menos uno confirmado por laboratorio o un solo caso en población de seguimiento de interés para el evento. SyR, PFA con un solo caso confirmado. Generar cápsula informativa y enviar a los correos sat.risaralda.2022@gmail.com y lkhoepidemiologa@gmail.com

4. Compromisos:

- Notificación inmediata de eventos inmunoprevenibles y que cumplan con la definición de caso /ESE DLS / continuo.
- Priorizar la búsqueda activa institucional y la identificación de casos probables de Sarampión y Rubéola / ESE DLS / semanal
- Cumplimiento acciones de vigilancia de los eventos socializados conforme a lineamientos / ESE DLS / continuo.
- Tomar las muestras respectivas de acuerdo a los eventos identificados, para poder confirmar o descartar los casos / ESE DLS / continuo.
- Realizar las acciones de control completas y en los tiempos estipulados en cada protocolo: BAI, BAC, Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación, profilaxis cuando aplique, toma de muestras a sintomáticos que hallen y notificar a Sivigila, seguimiento a contactos / ESE DLS / continuo.
- Realizar los cursos de control de brotes de Sarampión y Rubéola de la OPS / todas las ESE DLS / 10 de marzo de 2026.
- Enviar cápsula inmediata cuando se identifiquen brotes por estos eventos y SITREP de 24 o 48 horas / ESE DLS / continuo

Anexos

Apoyo visual asistencia técnica y fotografías de la reunión



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de Salud

Despacho de la Secretaría
Vigilancia Epidemiológica
Acta reunión



Varicela

Tabla 3. Definición operativa de brote en poblaciones especiales confinadas, instituciones y comunidades

Tipo de brote	Definición de brote	Período de cierre de brote
Población especial confinada: Fuerzas Militares, Policía Nacional, Centros de detención transitoria y establecimientos penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Además, se incluyen grupos étnicos y migrantes en condiciones de confinamiento.	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.
Institucional: Instituciones, fincas o establecimientos que cumplen el criterio de "internado". Hospitales y clínicas hacen parte de este grupo.	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.
Comunitario: Establecimientos o lugares que no cumplen la condición de internado. Están incluidos los brotes familiares y en instituciones educativas. Los brotes con localidades o hallazgos relevantes en la investigación de campo serán de especial atención a nivel hospital.	A partir de dos casos o más con inicio epidemiológico.	21 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.

Fuente: Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles por Vacunación y Bioseguridad con la Atención en Salud

Sarampión y rubéola
(Tasa de notificación. SE 11)

Entidad territorial	Población 2019	Casos sospechosos a partir del año 2019	Tasa de notificación SE 11, 2020	Casos sospechosos acumulados 01.01.2020	Casos sospechosos acumulados SE 11, 2020	Faltas por a SE 11, 2020	Completos observados
Colombia	53.386.171	1.879	0,01	433	226	0	Completos
Bogotá	7.899.446	26	0,00	5	0	0	Completos
Cundinamarca	4.821.496	11	0,00	7	7	0	Completos
Risaralda	1.056.765	30	0,03	4	4	0	Completos
Antioquia	3.963.022	6	0,00	1	1	0	Completos
Bogotá D.C.	7.899.446	253	0,03	202	14	0	Completos
Atlántico	1.264.230	139	0,01	85	14	0	Completos
Guantánamo	1.404.477	10	0,00	20	10	0	Completos
Santander	1.401.000	48	0,01	13	10	0	Completos
Valle del Cauca	2.509.797	42	0,00	18	9	0	Completos
Nariño de Colombia	1.247.702	24	0,00	20	7	0	Completos
Cesar	1.495.004	30	0,00	18	14	0	Completos
Barranquilla	1.474.004	30	0,00	18	13	0	Completos
Valle	1.401.000	14	0,00	7	0	0	Completos
Meta	1.066.000	20	0,00	11	5	0	Completos
Sucre	1.264.000	11	0,00	7	4	0	Completos
Cesar Vallejo	1.264.000	20	0,00	6	4	0	Completos
Santa Marta D.E.	886.000	12	0,00	6	7	0	Completos
Manizales	1.401.000	7	0,00	3	1	0	Completos
Quindío	344.000	7	0,00	1	0	0	Completos
Quibdó	284.000	0	0,00	0	0	0	Completos

Sarampión y rubéola

Notificación → super-inmediata. Portal Sivigila 4.0. desde sospechoso.
Diligenciar completamente las variables de interés.

Las acciones a realizar desde la notificación de un **caso SOSPECHOSO o PROBABLE**:

1. Investigación epidemiológica de campo menor a 48 horas (incluye línea de tiempo; sólo Toxifera tiene hasta 72 horas) // DLS o SS
2. Búsqueda activa comunitaria BAC // DLS – ESE – EAPB
3. Profilaxis a contactos (en los eventos que aplique) – DLS – EAPB
4. Toma de muestras (en los eventos que aplique) – DLS – EAPB
5. Búsqueda activa institucional BAI – ESE o IPS
6. Monitoreo rápido de coberturas de vacunación MRCV y Bloqueo de vacunación // DLS – ESE – EAPB
7. Seguimiento de contactos durante 30 días // DLS – ESE – EAPB
8. Seguimientos en campo.



Se adjuntan presentaciones.

Realizó acta:

Lin Karen Hoyos Ortiz

LINN KAREN HOYOS ORTIZ
Epidemióloga de apoyo
Secretaria de Salud Departamental



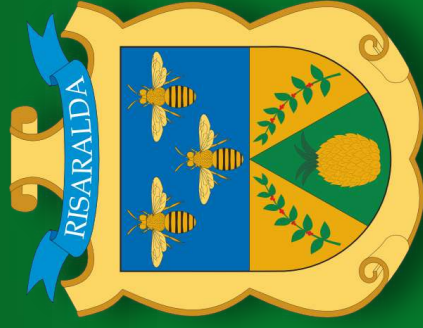


DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

Nombre de la reunión/capacitación:	AAAT VC Iruya	Facilitador/Conferencista:	UNA CVO - una karventados
Fecha:	16 de abril 2026	Hora Inicio:	8:30 am
Lugar:	Quilcwa, sede Comunal	Hora Finalización:	11 am

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012.
Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013

Nombre	Entidad	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico	Dirección	Municipio	Firma	SI	NO
Elba H. Hays	ESF 141P	Subdirectora	313 754 9160	subdirectora@hospitalgarcia.com	Caracas	Caracas	[Firma]		
Jonhannis Camillo	DLS	Talaboy Social	312 77 294 39	talaboy@social.com	Caracas	Caracas	[Firma]	X	
Diana	DLS	Enfermera	312 77 294 39	diana@social.com	Caracas	Caracas	[Firma]		
Valentina Restrepo	DLS	Enfermera	312 77 294 39	valentina@social.com	Caracas	Caracas	[Firma]		
Yany	DLS	Enfermera	312 77 294 39	yany@social.com	Caracas	Caracas	[Firma]		
David H. Rojas	ESF Hospital	Asst. Admin	310 52 46 665	davidh@hospitalgarcia.com	Caracas	Caracas	[Firma]	X	
Maria Londoño	ESF Hospital	Auxiliar Enfermería	310 52 46 665	marial@hospitalgarcia.com	Caracas	Caracas	[Firma]	X	
Desika Abalo	DLS	Enfermera	312 77 294 39	desika@social.com	Caracas	Caracas	[Firma]		



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA



Vigilancia en Salud Pública Eventos inmunoprevenibles

16 de abril de 2026

¡Bienvenidos!

Secretaría de salud departamental de Risaralda



Secretaría de Salud

**Protocolo de vigilancia
en salud pública**

Tos ferina

Código: 800

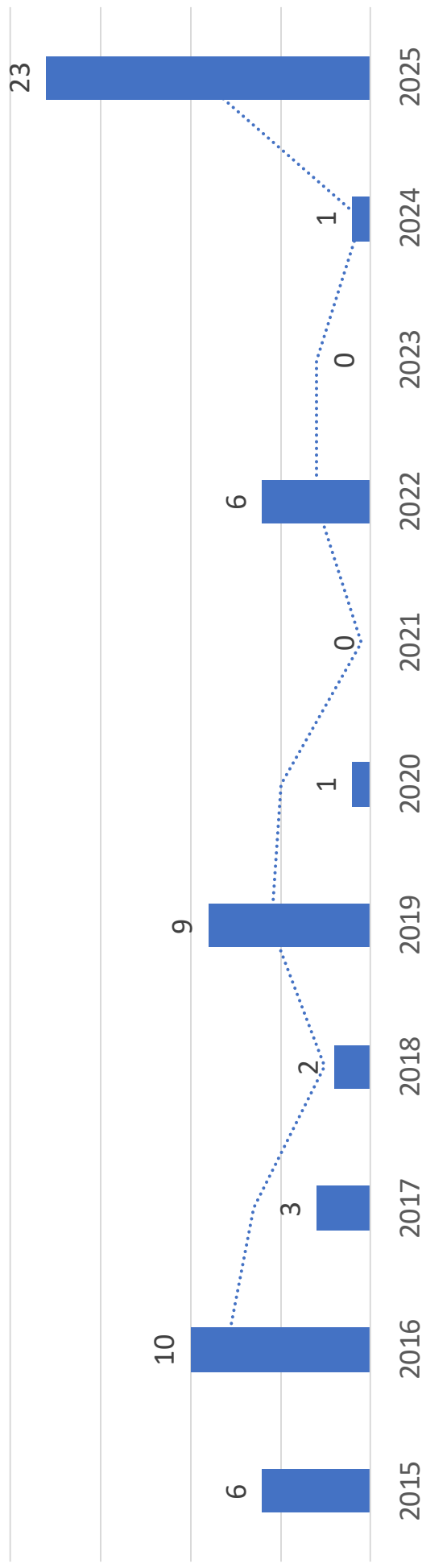
Versión 05

Fecha 16/04/2024



Tos ferina – contexto departamental. 2015 - 2025

No. de casos confirmados para Tosferina, todo el año. 2015 a 2025. Risaralda



■ No. de casos confirmados para Tosferina, todo el año. 2015 a 2025. Risaralda

..... 2 per. med. móv. (No. de casos confirmados para Tosferina, todo el año. 2015 a 2025. Risaralda)

8 casos en 2026

Tosferina

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para Tos ferina

Aspecto	Descripción
Caso probable	Menores de 3 meses: Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos.
	Menores de 3 meses a 12 años: Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos.
	Mayores de 12 años: Todas las infecciones respiratorias con tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos.

Tosferina

Caso confirmado por laboratorio	Caso con resultado de cultivo o PCR positivo para <i>Bordetella pertussis</i> .
Caso confirmado por nexoepidemiológico	Caso que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.
Caso confirmado por clínica	Caso que no tiene muestra o que tiene muestra con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, en el cual no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Este caso requiere unidad de análisis.
Caso descartado	Caso con resultado negativo en cultivo* o PCR para <i>Bordetella pertussis</i>. En casos donde el resultado del cultivo sea negativo y los informes paracínicos indiquen un conteo de leucocitos de entre 15,000 a 100,000 mm³ en la fase catarral, o de 30,000 a 40,000 mm³ en la fase paroxística, acompañados de una linfocitosis del 60% al 80%, se recomienda llevar a cabo un análisis epidemiológico más detallado para determinar la clasificación final del caso.

En la anamnesis preguntar antecedente de vacunación de la mamá (menores de 2 meses de edad) y esquema completo de vacunación del niño o niña.

Tosferina

- **Agente etiológico a identificar:** *Bordetella pertussis*
 - **Tipo de muestra:** Hisopado nasofaríngeo, (Escobillón de nylon, rayón, dacrón o poliéster), Muestra recomendada para mortalidades: Lavado broncoalveolar (200 µL mínimo), Medio de transporte Regan Lowe con hisopo (Escobillón de nylon, dacrón o poliéster) – **Hasta 21 días desde el inicio de síntomas.**
- PCR múltiple (panel respiratorio).
- **Tipo de recipiente:** tubo seco o criovial estéril, tapa rosca.
 - **Rotulado:** Nombres y apellidos del paciente, Documento de identidad, Fecha toma de la muestra
 - **Conservación :** Mantener en refrigeración: (2°C a 8°C), Enviar antes de 48 horas, la viabilidad del microorganismo disminuye después de este tiempo.
 - **Transporte de las muestras:** Enviaren triple embalaje de acuerdo a las normas IATA para Sustancias biológicas, Categoría B, Código UN 3373
 - **Documentos anexos:** Formato AAP-03, Ficha Epidemiológica de tosferina, Historia Clínica (epicrisis), Resultado de ensayos de Laboratorio previos

Protocolo de vigilancia
en salud pública

Parálisis flácida aguda

Código: 610

Versión 05
Fecha 16 de abril de 2024



Parálisis Flácida Aguda

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para Parálisis Flácida Aguda

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable	- Cualquier caso de PFA, incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré, en <u>menores de 15 años</u>, por cualquier motivo que <u>no sea causada</u> por traumatismo grave, tumor o degeneración de la neurona motora; - Persona de cualquier edad con enfermedad paralítica en quien se sospeche poliomielitis.
Caso confirmado por laboratorio	Caso probable con o sin parálisis residual y aislamiento de poliovirus salvaje o poliovirus neurovirulento derivado de vacuna oral de polio, a partir de las heces del caso o de sus contactos, (cuando haya sido necesario recolectarlos).
Caso compatible	Caso probable del cual <u>no se obtuvo una muestra de heces dentro de los primeros 14 días</u> de inicio de la parálisis, presenta parálisis residual y secuelas neurológicas compatible con poliomielitis, dentro de los 60 días siguientes; y en la unidad de análisis no se logra establecer o imputar a otra enfermedad. También es caso compatible <u>aquel caso probable que fallece y no se logra obtener muestra de heces y en los resultados de estudios patológicos se identifica mielitis aguda de predominio en las áreas motoras</u>, en cualquier localización de la médula espinal o del tallo cerebral, con evidencia de destrucción neuronal (neuronofagia), en ausencia de inclusiones virales o de alguna otra explicación a la causa de muerte (diagnóstico compatible por exclusión).
Caso descartado	Todo caso de enfermedad paralítica aguda del que se ha obtenido <u>una muestra de heces adecuada en los 14 días posteriores al inicio de la parálisis</u> y que ha resultado ser <u>negativa para poliovirus</u> .



Parálisis Fláccida Aguda

- **Agente etiológico a identificar:** Poliovirus salvaje, Poliovirus derivado de vacuna oral de polio (VDPV), Poliovirus de vacuna oral (VOP) Enterovirus no polio
- **Tipo de muestra:** Materia fecal sin preservante (2 - 5 g), debe ser en los primeros 14 días después del inicio de la parálisis,
- **Tipo de recipiente :** Frasco plástico boca ancha, tapa rosca y cierre hermético, No se aceptan envases con cierre a presión.
- **Rotulado:** Nombres y apellidos del paciente, Documento de identidad, Fecha toma de la muestra
- **Conservación :** Mantener en refrigeración: ($\leq$ a 8°C) máximo 18 horas después de la toma de la muestra, si excede este tiempo a ($-20^{\circ}\text{C} \pm 10^{\circ}\text{C}$)
- **Transporte de las muestras:** Enviar en triple embalaje de acuerdo a las normas IATA para Sustancias biológicas, Categoría B, Código UN 3373
- **Documentos anexos:** Formato AAP-03, Ficha Epidemiológica, Historia Clínica (epicrisis)





**Protocolo de vigilancia
en salud pública**

Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica

Código: 535

Versión 05
Fecha XX de julio de 2024



Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para Meningitis bacteriana y Enfermedad Meningocócica

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica	Meningitis bacteriana: paciente que presente cuadro clínico de inicio súbito de <u>fiebre mayor de 38 °C</u>, <u>cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos:</u> • Rigidez de nuca • Alteraciones de conciencia • Señales de irritación meníngea • Rash purpúrico o petequiral (meningococo) • En menores de un año, abombamiento de la fontanela. El examen citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones: • LCR turbio • Recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80 % • Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl • Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl • Gram de LCR positivo para bacterias
	Enfermedad meningocócica: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequiral, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares.

Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica

Caso confirmado por laboratorio de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica	Confirmado para meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>: caso con resultado de cultivo en LCR, sangre o antigenemia positiva para <i>Streptococcus pneumoniae</i>. Confirmado para meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i>: caso con resultado de cultivo en LCR, sangre o antigenemia positiva para <i>Haemophilus influenzae</i>. Confirmado para enfermedad meningocócica: caso con resultado de cultivo, antigenemia o RT-PCR positiva para <i>Neisseria meningitidis</i> en LCR, sangre u otro fluido corporal estéril. Confirmado para meningitis por otro agente bacteriano: caso con resultado de cultivo en LCR, sangre para otro agente bacteriano, causante de meningitis bacteriana.
Ajustes	La clasificación o ajuste final de casos en Sivigila, demanda los siguientes criterios o códigos: • Ajuste 0: casos que cumplen con la definición caso probable, con cultivo de LCR negativo y diagnóstico final de egreso meningitis bacteriana. Casos sin muestra o cultivo con clínica compatible y diagnóstico final de egreso de meningitis bacteriana. • Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio. • Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, descartado por clínica o no cumple con definición de caso. • Ajuste D: caso descartado por error de digitación (en cumplimiento con los criterios de ajuste D, se debe volver a notificar correctamente).

Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica

- **Agente etiológico a identificar:** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis
- **Tipo de muestra:** Aislamiento bacteriano
- **Tipo de recipiente :** Medio de transporte Microbiológico CON carbón activado
- **Rotulado:** Nombres y apellidos del paciente, Documento de identidad, Fecha toma de la muestra
- **Conservación :** Mantener a temperatura entre: (10°C a 25°C), enviar antes de 48 horas, la viabilidad del microorganismo disminuye después de este tiempo.
- **Transporte de las muestras:** Enviar en triple embalaje de acuerdo a las normas IATA para Sustancias biológicas, Categoría B, Código UN 3373
- **Documentos anexos:** Formato AAP-03, Ficha de envío de aislamientos invasores, Historia Clínica (epicrisis), Resultado de ensayos de Laboratorio previos
- **Post mortem:** se puede tomar Punción Lumbar.

Varicela SE 8 de 2026

15,9%



Varicela

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para varicela

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	Todo caso que presente una enfermedad de comienzo repentino, con fiebre moderada, erupción cutánea de tipo maculo-papular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas. Estos casos deberán ser evaluados por un profesional de salud competente para determinar el diagnóstico para varicela, es importante resaltar que el evento se puede relacionar a un caso confirmado pudiéndose clasificar como caso confirmado por nexo epidemiológico. La detección de IgM no es útil para el diagnóstico de enfermedad aguda ya que los métodos disponibles ofrecen baja sensibilidad y especificidad.

Varicela

Tabla 3. Definición operativa de brote en poblaciones especiales confinadas, instituciones y comunidades

Tipo de brote	Definición de brote	Período de cierre de brote
Población especial confinada: Fuerzas Militares, Policía Nacional. Centros de detención transitoria* y establecimientos penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). <i>Además, se incluyen grupos étnicos y migrantes en condición de confinamiento.</i>	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.
Institucional Instituciones, fundaciones o establecimientos que cumplan el criterio de internado **. Hospitales y clínicas hacen parte de este grupo.	A partir de un caso	42 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.
Comunitario Establecimientos o lugares que no cumplen la condición de internado. Están incluidos los brotes familiares y en instituciones educativas. Los brotes con mortalidades o hallazgos relevantes en la investigación de campo serán de especial atención a nivel central.	A partir de dos casos o más con nexo epidemiológico.	21 días sin casos nuevos, contados a partir de la fecha de inicio de exantema del último caso reportado o captado.

Fuente: Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles por Vacunación y Relacionadas con la Atención en salud.





Protocolo de vigilancia
en salud pública

Sarampión y Rubéola

Código: 730, 710

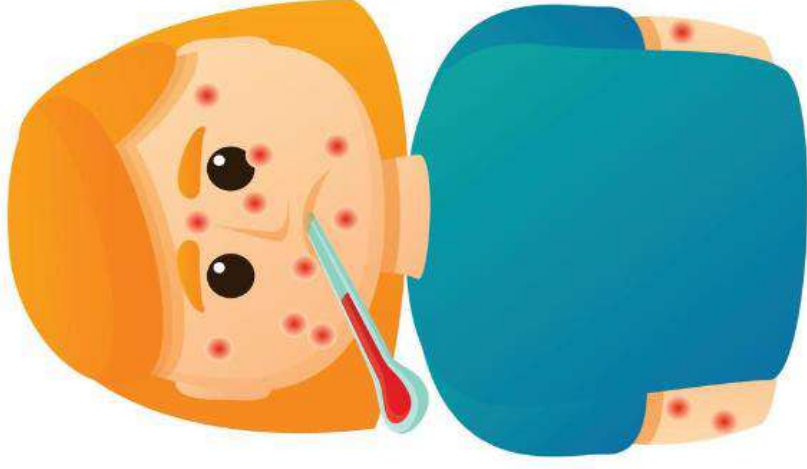
Versión 06
Fecha 21 de junio de 2024



Sarampión y Rubéola

El sarampión es una de las **principales causas de muerte entre niños pequeños**, aun cuando existe una vacuna segura y rentable.

La eliminación del SR se mantienen como prioridad política sanitaria.



Sarampión y rubéola



Sarampión y rubéola

(Tasa de notificación. SE 11)

Entidad territorial	Población 2026	Casos sospechosos esperado año 2026	Tasa de notificación SE11,2026	Casos sospechosos acumulados SE11,2026	Casos sospechosos esperados SE11,2026	Faltan corte a SE11,2026	Cumplimiento observado
Colombia	53.399.171	1.070	0,81	433	226	0	Cumple
Boyacá	1.295.848	26	0,39	5	5	0	Cumple
Quindío	557.850	11	0,36	2	2	0	Cumple
Risaralda	1.006.785	20	0,40	4	4	0	Cumple
Arauca	280.022	6	0,36	1	1	0	Cumple
Bogotá D.C	7.945.996	159	2,42	192	34	0	Cumple
Antioquia	6.963.990	139	0,69	48	29	0	Cumple
Cundinamarca	3.601.277	72	0,64	23	15	0	Cumple
Santander	2.410.700	48	0,54	13	10	0	Cumple
Valle del Cauca	2.109.787	42	0,85	18	9	0	Cumple
Norte de Santander	1.717.792	34	1,16	20	7	0	Cumple
Cesar	1.493.824	30	0,80	12	6	0	Cumple
Barranquilla	1.275.854	26	0,78	10	5	0	Cumple
Huila	1.221.847	24	0,57	7	5	0	Cumple
Meta	1.166.652	23	0,94	11	5	0	Cumple
Sucre	1.047.052	21	0,67	7	4	0	Cumple
Cartagena de Indias	1.010.995	20	0,79	8	4	0	Cumple
Santa Marta D.E	588.662	12	1,02	6	2	0	Cumple
Buenaventura	335.217	7	0,60	2	1	0	Cumple
Guaviare	84.833	2	1,18	1	0	0	Cumple
Putumayo	395.590	8	0,51	2	2	0	Cumple

Sarampión y rubéola

Características generales del Sarampión

Aspecto	Descripción
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 21 días, con un promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema.

Sarampión y rubéola

Características generales del Sarampión

Período de transmisibilidad	El sarampión puede transmitirse desde cuatro días antes de la aparición del exantema (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) hasta cuatro días después. La mayor infectividad se produce tres días antes del inicio del exantema
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 hasido 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.

Sarampión y rubéola

Características generales de la Rubéola

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Virus de la rubéola, del género <i>Rubivirus</i> , familia <i>Togaviridae</i> .
Modo de transmisión	<u>Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas</u> , 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	<u>De 14 días, con un rango entre 12 – 23 días</u>

Sarampión y rubéola

Características generales de la Rubéola

Período de transmisibilidad	Las personas infectadas con rubéola son más contagiosas cuando presentan la <u>erupción</u> , pero pueden ser contagiosas <u>7 días antes hasta 7 días después</u> de que aparezca la erupción, 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. <u>La inmunidad activa es adquirida por la infección natural o por la vacunación</u> ; es usualmente <u>permanente</u> 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.

Sarampión y rubéola

Definiciones operativas de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso sospechoso	Todo caso en que un profesional de salud sospeche de sarampión o rubéola, presencia de fiebre y erupción maculopapular. Puede estar acompañado de alguno de los siguientes síntomas: ▪ Tos o coriza o conjuntivitis ▪ Inflamación de ganglios linfáticos retro auriculares, cervicales u occipitales y artralgias.
Caso confirmado por laboratorio	Caso que tiene un resultado positivo para IgM y que en sueros pareados demuestra seroconversión o aumento en el título de anticuerpos IgG, acompañado de un análisis clínico epidemiológico que respalde los resultados del laboratorio. Caso de sarampión o rubéola con un resultado de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) positiva para sarampión o rubéola.

Sarampión y rubéola

Definiciones operativas de caso

Caso confirmado clínicamente	Caso sospechoso de sarampión o de rubéola, que, por cualquier motivo, no se investiga completamente y no cuenta con muestra adecuada. Se considera que todo caso confirmado clínicamente representa una falla del sistema de vigilancia epidemiológica.
Caso confirmado por nexo epidemiológico	Caso sospechoso de sarampión o rubéola que tiene nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio
Caso descartado	Caso sospechoso de sarampión o rubéola que cuenta con una muestra adecuada de suero donde no se detectaron anticuerpos tipo IgM, no se evidencia seroconversión o aumento en el título de anticuerpos IgG en muestras pareadas y no se detectó material genético viral en muestras de hisopado u orina, acompañado de un análisis clínico y epidemiológico que respalde los resultados de laboratorio
Caso importado	Caso confirmado de sarampión o rubéola en una persona con antecedente de viaje a otro país, donde circula uno de estos virus, durante el período de posible exposición (Sarampión: de 7 a 21 días antes del inicio del exantema. Rubéola: de 14 a 23 días antes del inicio del exantema). Para que se confirme la importación de un caso se debe descartar la posibilidad de exposición local a través de secuenciación genómica.



Sarampión y rubéola

Laboratorio

- **Agente etiológico a identificar:** Virus del Sarampión
- **Tipo de muestra:** Hisopado orofaríngeo, Secreción respiratoria, Aspirado nasofaríngeo o bronquial, Lavado broncoalveolar en MTV (hasta 14 días), Orina (sedimento – hasta 10 días), Suero (1 mL mínimo – hasta 30 días). Todas deben ser idealmente en los primeros 7 días desde el inicio de síntomas.
- **Tipo de recipiente :** Medio de transporte viral – MTV Criovial tapa rosca y cierre hermético, orina Frasco plástico boca ancha, tapa rosca y cierre hermético, suero Criovial tapa rosca, tubos Eppendorf, tubos de ensayo plásticos con cierre hermético.
- **Rotulado:** Nombres y apellidos del paciente, Documento de identidad, Fecha toma de la muestra
- **Conservación :** Mantener en refrigeración: ($\leq$ a 8°C) hasta su análisis, Nota: Analizar antes de 36 horas después de la toma de la muestra. Mantener a (-70°C) si su análisis es después de las 36 horas de la toma de la muestra
- **Transporte de las muestras:** Enviaren triple embalaje de acuerdo a las normas IATA para Sustancias biológicas, Categoría B, Código UN 3373
- **Documentos anexos:** Formato AAP-03, Ficha Epidemiológica, Historia Clínica (epicrisis), Historia vacunal

Sarampión y rubéola

Cuadro 1. Diferencias clínicas más relevantes entre las enfermedades febriles exantemáticas y algunas arbovirosis

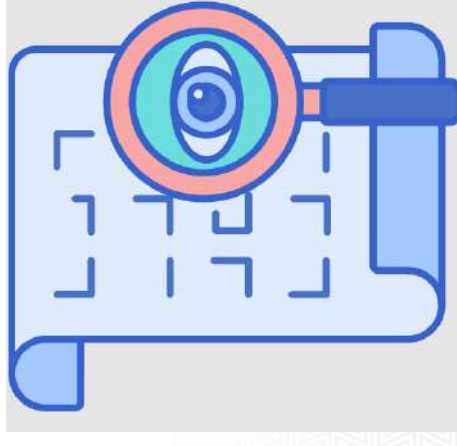
Signos/ síntomas	Dengue	Chikunguña	Zika	Sarampión	Rubéola
Fiebre	Indispensable	Indispensable	Puede aparecer	Indispensable	Indispensable
Exantema maculopapular	Frecuente	Frecuente	Indispensable	Indispensable	Indispensable
Tos	Ausente	Ausente	Ausente	Frecuente	Ausente
Coriza	Ausente	Ausente	Ausente	Frecuente	Puede aparecer
Conjuntivitis	Puede aparecer	Puede aparecer	Indispensable	Frecuente	Puede aparecer
Artralgia	Frecuente	Indispensable	Frecuente	Ausente	Frecuente
Linfadenopatía	Ausente	Puede aparecer	Puede aparecer	Ausente	Frecuente

Fuentes de información



Fuentes de información

- Notificación súper inmediata de los casos (excepto varicela), desde la sospecha (UPGD o IPS) al Sistema de Vigilancia Nacional en Salud Pública SIVIGILA.
- ❖ Meningitis, cód. 535.
- ❖ Parálisis Flácida Aguda cód. 610.
- ❖ Sarampión cód. 730 y Rubéola cód. 710.
- ❖ Tosferina, cód. 800.
- ❖ Varicela, cód. 831 individual, 830 colectivo (brotes)



Calidad y oportunidad en la notificación de cada evento.

Acciones individuales y colectivas



Acciones individuales

- **Investigación Epidemiológica de Campo:** 48 horas, excepto Tos ferina, que es hasta 72 horas post notificación (de acuerdo a cada evento).
- **Unidades de análisis** (todas las muertes; casos sin muestra o muestra inadecuada (excepto varicela), máximo 5 semanas para su realización).



Sarampión y rubéola

Pasos que deben iniciarse dentro de las 48 horas posteriores

- Elaboración de una entrevista estructurada
- Investigación en domicilio del caso y llenado completo de la ficha epidemiológica
- Elaboración del censo de contactos para seguimiento de síntomas durante 30 días
- Obtención de muestras de suero, orina o hisopado nasofaríngeo o faríngeo al caso notificado así como a sus contactos sintomáticos y envío al laboratorio

Pasos que deben completarse dentro de las 48 horas posteriores

- Análisis de riesgo de la dispersión del virus para enfocar las acciones de trabajo de campo
- Clasificación final de los casos sospechosos según los criterios correspondientes (laboratorio, nexo epidemiológico o clínica)
- Determinación de la fuente de infección (caso importado, relacionado con importación, endémico o desconocido)
- Elaboración de informe del brote, medidas de control y conclusiones



Información sobre las medidas de respuesta

Sarampión y rubéola



FORMATO DE ENTREVISTA E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO
DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA (COD 730 Y 710)

1. DATOS GENERALES DEL CASO SOSPECHOSO

Fecha de entrevista: _____

Fecha de visita domiciliaria: _____

Nombres y apellidos del caso: _____

Documento de identificación: _____

Aseguradora (EAPB): _____

Municipio de residencia: _____

Barrio/Corregimiento/Vereda: _____

Dirección de residencia: _____

Ocupación del paciente (caso): _____

Nacionalidad: _____

Dirección del trabajo o colegio: _____

Nombre informante o quien atiende la visita: _____

Parentesco: _____

Edad: _____

Sexo: 1. Hombre ____ 2. Mujer ____

Pertenencia étnica: _____

Área de residencia: _____

Teléfono de contacto 1: _____

Teléfono de contacto 2: _____

2. INFORMACIÓN CLÍNICA DEL CASO SOSPECHOSO (dejar registro fotográfico del exantema para documentación clínica)

Síntomas/Signos	Si	No	Desconocido	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Observaciones
Fiebre						
Erupción/Rash/Brote						
Manchas de Koplik						
Tos						
Coriza/Rinorrea						
Conjuntivitis						
Adenopatías						
Artralgias						
Otro: _____						

Cuál:

DLS o SS

Ajustar la fecha
de IEC en Sivigila
de forma
oportuna.



Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) - DLS

1. Visita domiciliaria.
2. Identificar y caracterizar el caso según tiempo, lugar y persona.
3. Identificar contactos estrechos (en casa y con quienes tuvo contacto el paciente).
ESTABLECER CENSO DE CONTACTOS. Sintomáticos **TOMAR PRUEBA, DILIGENCIAR FICHA Y CARGAR A SIVIGILA. DLS - EAPB**
4. Recolección de antecedentes clínicos y patológicos del caso y contactos.
5. Antecedentes vacunales del caso y contactos (+ Tdap en Tosferina).
6. Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación (MRCV).
7. Investigar posible fuente de infección: indagar por antecedentes de viaje, antecedentes patológicos o de inmunodeficiencia y antecedente vacunal (incubación y transmisibilidad).
8. Quimioprofilaxis **TODOS LOS CONTACTOS, TENGAN O NO SÍNTOMAS** (Tosferina, meningitis).
EAPB - DLS

Sarampión y rubéola





Sarampión y rubéola

¿DÓNDE SE PRODUJO EL CONTAGIO?

Las preguntas deberían permitir obtener información para identificar:

- El período de exposición/incubación del caso sospechoso
- Las personas con las que vive
- Los lugares que visitó
- Los medios de transporte que utilizó

¿A QUIÉN CONTAGIÓ?

Las preguntas deberían permitir obtener información para identificar:

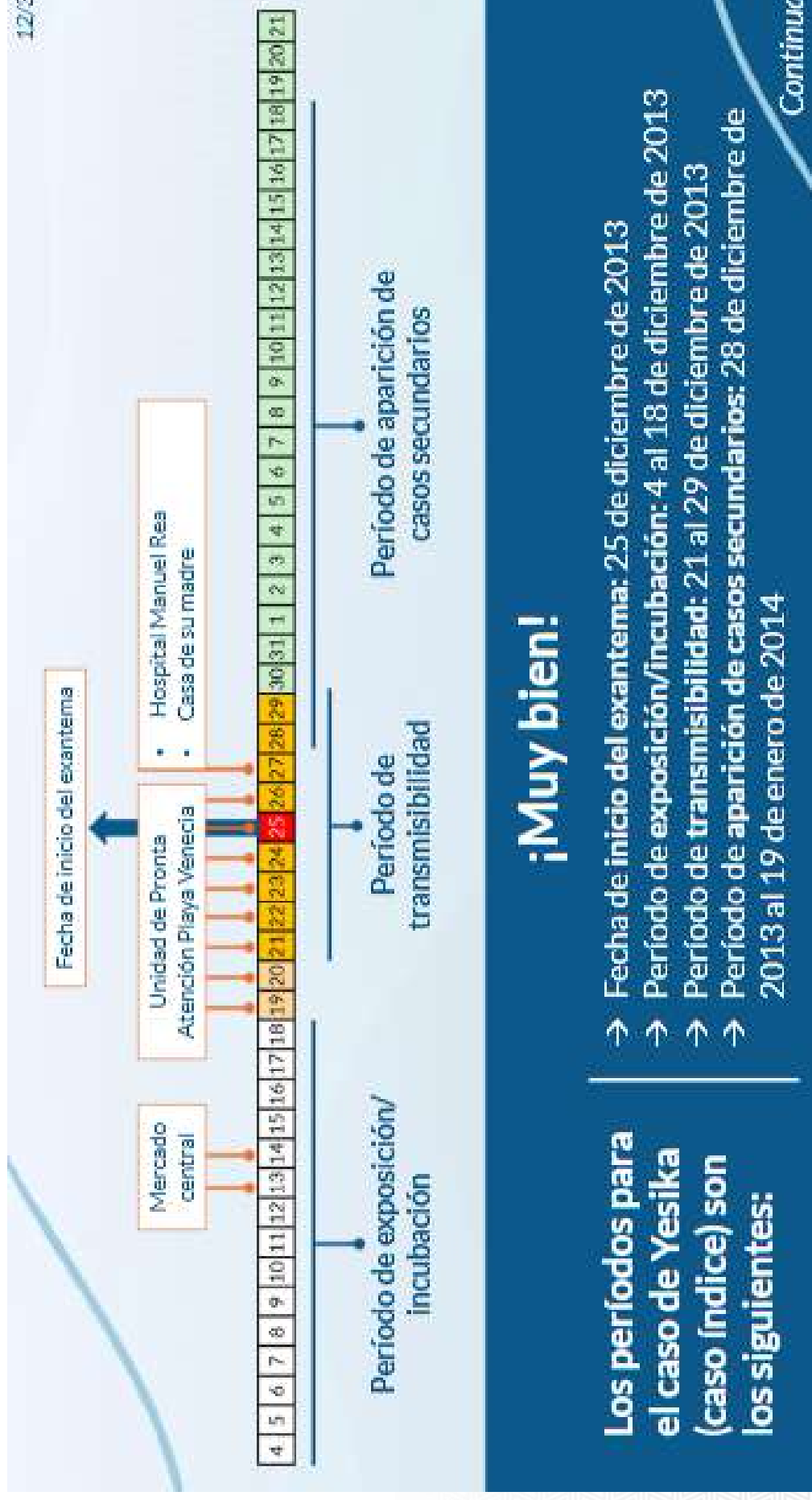
- Las fechas de contagio
- Las rutas de desplazamiento que realizó el caso sospechoso
- Las personas con las que vive o que la/lo visitaron
- Los lugares que visitó

¿CÓMO EVITAR EL CONTAGIO DE OTRAS PERSONAS?

Las preguntas deberían permitir obtener información para:

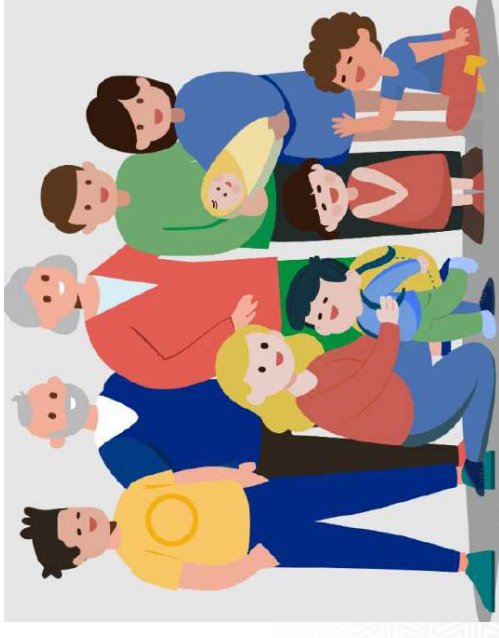
- Realizar el seguimiento de todos los contactos
- Vacunar a los contactos susceptibles
- Adelantarse a la circulación del virus

Sarampión y rubéola



Acciones colectivas

- Información, educación, comunicación → desarrollo de capacidades en la comunidad para la identificación temprana y reporte de situaciones inusuales.
- Búsqueda Activa Institucional (BAI) → UPGD o IPS la envían con una periodicidad, de acuerdo a cada protocolo. Pero también se debe realizar una vez ocurran estos casos.



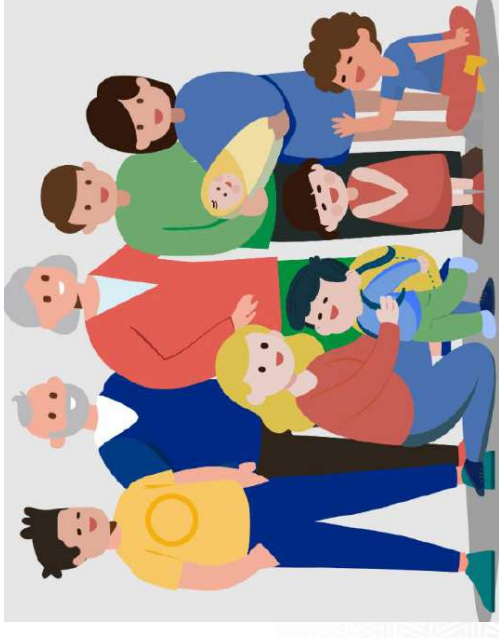
Búsqueda Activa Institucional (BAI)

Diagnóstico	Código -CIE-10
Escarlatina	A38X
Sarampión con complicaciones neurológicas	B051
Sarampión complicado con neumonía	B052
Sarampión complicado con otitis media	B053
Sarampión con complicaciones intestinales	B054
sarampión con otras complicaciones	B058
Sarampión sin complicaciones	B059
Rubéola con complicaciones neurológicas	B060
Rubeola con otras complicaciones	B068
Rubeola sin complicaciones	B069
Exantema súbito [sexta enfermedad]	B082
Eritema infeccioso [quinta enfermedad]	B083
Otras infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	B088
Infección viral no especificada con lesiones de la piel	B09X

Acciones colectivas

Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) → desde el lugar donde apareció el caso (se realiza de acuerdo a cada protocolo).

- Búsqueda casa a casa. Cinco manzanas alrededor en zona urbana; 100 % de hogares en zona rural (tener el censo).
- Deben cumplir definición de caso (en brotes puede variar).
- Tomar muestra (en los eventos que aplique).
- Diligenciar ficha y subir a Sivigila (en los eventos que aplique).
- Hacer IEC (formato INS para Tosferina; acta institucional para otros eventos).



Búsqueda Activa Comunitaria



**DEPARTAMENTO DE
RISARALDA**

[illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	EDAD (describir número y unidad de medida)	NOMBRES Y APELLIDOS	N° /VIVIENDA/ /PATIO/ /SALON/ /ALQUIAMIENTO/	N°
	TIPO				

ASEGURAMIENTO EN SALUD	Grupo étnico						Fiebre	Exantema maculopapular	Tos	Coriza	Conjuntivitis	Ganglios inflamados	Artralgias
	TIPO RÉGIMEN	ASEGURADORA											

TUVO CONTACTO CON UNA PERSONA ENFERMA (SÍNTOMAS RESPIRATORIOS)	SI/No y (Fecha DD/MM/AA)	ANTECEDENTES VACUNALES (DOSIS CONTRA SYR)	OTROS ANTECEDENTE PATOLÓGICOS (cuáles)	Fecha inicio exantema (dd/mm/año)	Fecha de inicio de la fiebre (dd/mm/año)	CONSULTO AL MÉDICO (SI/No)	INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE CONSULTÓ	NOTIFICADO AL SI/IGILA: SI / NO / NO APLICA	REFERIDO A IPS
--	-----------------------------	---	--	-----------------------------------	--	----------------------------	-------------------------------------	---	----------------

Búsqueda Activa Comunitaria BAC

Consolidado BAC para Sarampión y Rubéola

Nombre del caso:

Barrio/vereda:

Número de manzana encuestada:

Fecha:

Total viviendas visitadas	0
Total viviendas efectivas	
Total de viviendas abiertas	
Total de viviendas cerradas	
Total de viviendas renuentes	
Total de viviendas abandonadas	
Total de viviendas cerradas con niños	
Total de instituciones comunitarias visitadas	
Total de comunidades visitadas	
Total personas con síntomas (fiebre y exantema)	
Total personas en la vivienda	0
Menor de un mes	
1 mes a 4 años	
5 a 14 años	
15 a 24 años	
25 a 34 años	
35 y más	
Efectividad de la BAC	#DIV/0!
Nota: si la efectividad es menor a 80 %, hay alta migración o reemplazo en los habitantes (hotel día). Se debe ampliar o repetir la BAC.	

Acciones colectivas

Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV)

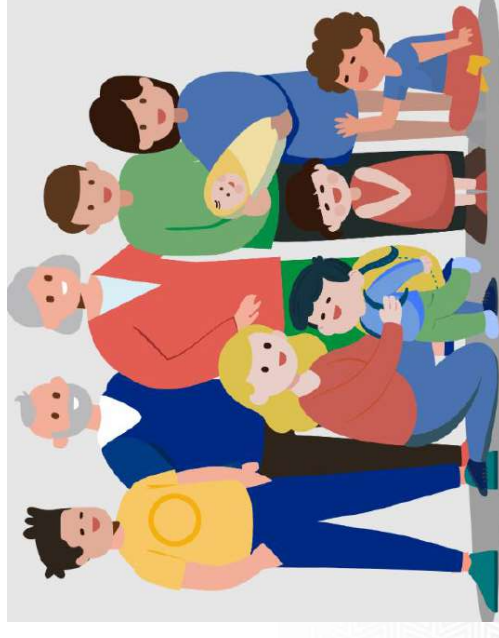
- Se realiza simultáneo a la BAC.
- Principio del MRCV en brotes

El monitoreo rápido NO usa muestra probabilística, sino:



Búsqueda activa casa a casa en el área de riesgo del brote. El objetivo es:

- Identificar niños susceptibles.
- Verificar esquemas vacunales.
- Vacunar inmediatamente si hay atraso.



EQUIPO: entrevistador y vacunador.

Acciones colectivas

Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV)

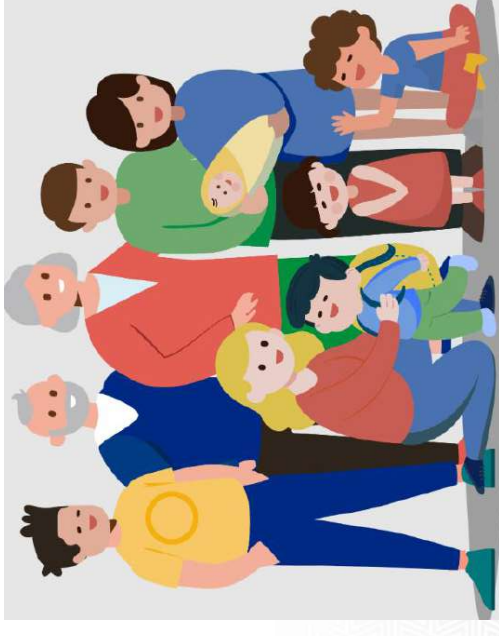
2. ¿Cuántos niños se deben evaluar?

Depende del escenario:

- A. Cuando la población es pequeña (veredas, barrios focalizados)
- 👉 Se deben evaluar **TODOS** los niños del grupo de riesgo.

Ejemplo:

- Vereda con 18 niños <5 años → se monitorean los 18.



Acciones colectivas

Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV)

- B. Cuando la población es grande

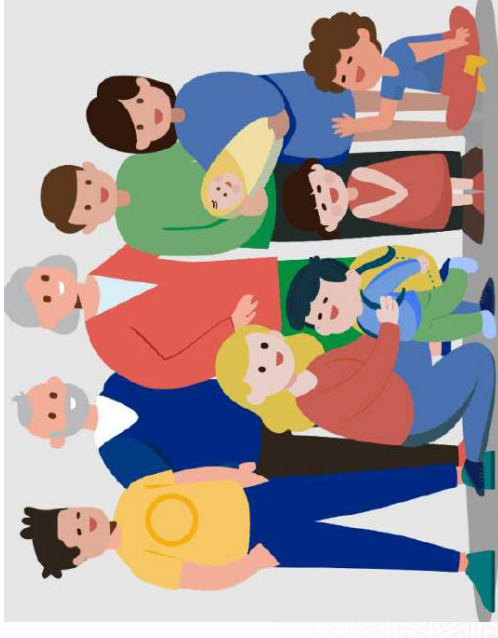
Se aplica la regla operativa del PAI:

- 👉 Mínimo 20 niños por conglomerado o sector intervenido.

Esto permite:

- Detectar fallas rápidamente
- Tomar decisiones inmediatas de vacunación ⚠️

Pero si se identifican más niños durante la búsqueda, se incluyen todos.



Acciones colectivas

Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV)

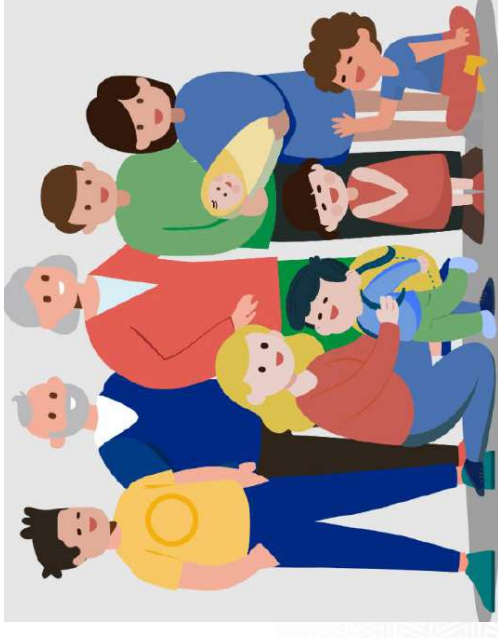
- C. En brotes (lo más importante)

En situación de brote la indicación técnica es:

- ✓ No limitarse a una muestra mínima
- ✓ Buscar activamente toda la población susceptible alrededor del caso.

Se prioriza:

- Vivienda del caso
- Vecinos inmediatos
- Instituciones educativas
- Comunidad cercana (anillo epidemiológico).



Acciones colectivas

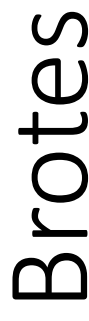
Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV)

- 
3. Grupo de edad según el evento. Depende de la enfermedad del brote:

Evento	Población a monitorear
Sarampión / Rubéola	6 meses – 5 años (y susceptibles mayores)
Tosferina	<5 años y gestantes
Varicela	<10 años susceptibles
Polio	<5 años

Formato seguimiento acciones SyR





- Tosferina, Meningitis, varicela: dos o más casos relacionados, con al menos uno confirmado por laboratorio o un solo caso en población de seguimiento de interés para el evento.
- SyR, PFA con un solo caso confirmado.
- Generar cápsula informativa y enviar a los correos sat.risaralda.2022@gmail.com y lkhoepidemiologa@gmail.com

Resumen de acciones y cursos a realizar





Sarampión y rubéola

Notificación → super-inmediata. Portal Sivigila 4.0. desde sospechoso.
Diligenciar completamente las variables de interés.

Las acciones a realizar desde la notificación de un **caso SOSPECHOSO o PROBABLE**:

1. Investigación epidemiológica de campo menor a 48 horas (incluye línea de tiempo; sólo Tosferina tiene hasta 72 horas) // DLS o SS
2. Búsqueda activa comunitaria BAC // DLS – ESE – EAPB
3. Profilaxis a contactos (en los eventos que aplique) – DLS – EAPB
4. Toma de muestras (en los eventos que aplique) – DLS – EAPB
5. Búsqueda activa institucional BAI – ESE o IPS
6. Monitoreo rápido de coberturas de vacunación MRCV y Bloqueo de vacunación // DLS – ESE - EAPB
7. Seguimiento de contactos durante 30 días // DLS – ESE – EAPB.
8. Seguimientos en campo.

Sarampión y rubéola



CURSO VIRTUAL

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso



Debido a que países de la región están en riesgo permanente de importación y reintroducción de los virus del sarampión y la rubéola, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) busca reforzar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los trabajadores de la salud como una de las estrategias claves para proteger los logros en materia de eliminación. Para ello, pone a disposición de sus Estados Miembros el presente curso, desarrollado a partir de un brote de sarampión que ocurrió en la vida real, aunque en la presente versión se han introducido algunos hechos ficticios.

Estrategias didácticas:

Se utilizarán recursos didácticos y herramientas de la plataforma virtual que favorezcan un aprendizaje vinculado al desempeño práctico, mediante ejercicios interactivos que permitirán avanzar en los diferentes módulos.

[Ayuda / Help](#)

1. Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso.

<https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>

2. Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

<https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola>

Sarampión y rubéola

¡Gracias!

vigilancia.saludpublica@risaralda.gov.co

Linn Karen Hoyos Ortiz

Correo: lkhoepidemiologa@gmail.com

Cel: 312 864 8498

Lávese las manos

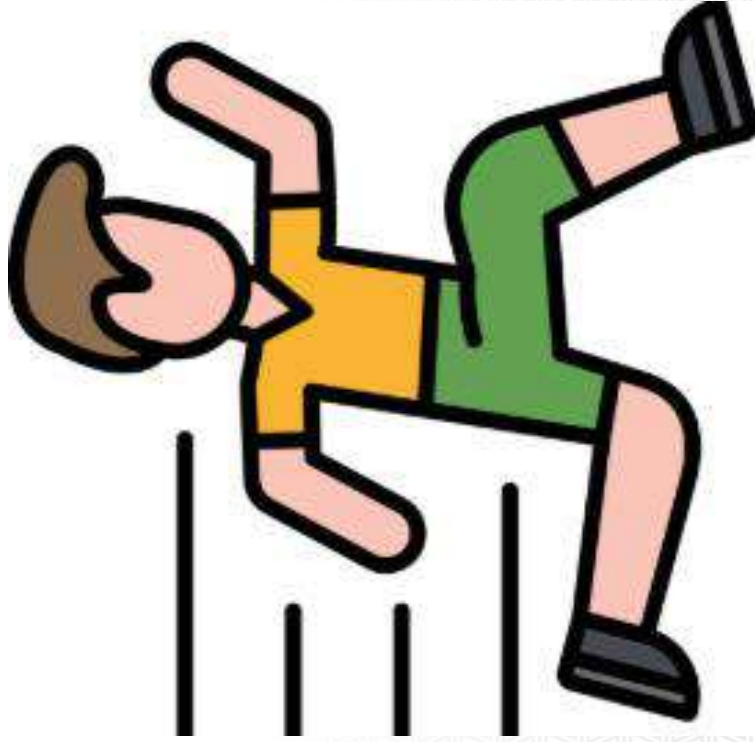
Mantener las manos limpias es una de las mejores maneras de prevenir la propagación de enfermedades.





DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

Inicia simulacro y acciones de control en equipos



Taller simulacro

Se reporta al SIVIGILA el 4 de marzo un niño menor de 4 años del municipio de Pereira, del barrio Galicia, con fiebre de 39°C, tos, conjuntivitis y un brote que inició ayer 3 de marzo en la cara y se extendió al tronco; fiebre que inició el 28 de febrero. Se notifica bajo el evento de Sarampión. **Es hijo de padres viajeros que llegaron hace 10 días de un país con brote activo de Sarampión.**

Esquema de vacunación: incompleto para la edad (faltan las vacunas de los 18 meses).

Contactos: se establecen 5 contactos en la vivienda: papá de 35 años (síntoma de fiebre), mamá de 33 años, hermanito de 8 años, abuelita materna de 60 años, tía de 25 años. Se registran en el censo de contactos para el seguimiento por 30 días. Sin más sintomáticos.

Lugares que visitó, en qué se desplazó y fechas:

Fines de semana 14 y 15, y 21 y 22 de febrero: visita a abuelitos paternos.

10 al 27 de febrero (lunes a viernes): Colegio y se desplaza en la ruta escolar.

28 de febrero y 1 de marzo: visita a abuelitos paternos.

2 y 3 de marzo: en casa, pues tenía malestar.

4 de marzo: se desplaza en taxi al centro de salud.

Barrio Galicia: se realizan acciones de control por parte de la ESE, DLS, EAPB.



Cápsula informativa

*Se recibe información vía telefónica por parte de la referente de inmunoprevenibles del Quindío, quien informa del caso de una niña de 11 años de edad, TI 1089621488 sin antecedente de viaje, que se encuentra hospitalizada en Comfamiliar Risaralda, con síntomas compatibles con Sarampión: erupción al parecer maculopapular, fiebre y conjuntivitis. Prueba rápida de dengue: negativa. Ingreso a hospitalización: en la madrugada del 4 de marzo de 2026. Se establece comunicación vía telefónica con la madre de la niña, quien informa lo siguiente: Dirección: Pereira, Galicia Alta. EAPB: Sanidad Policía. Ocupación: estudiante colegio Nuestra Señora de Fátima. Esquema de vacunación: completo para la edad (refiere que tiene el carnet físico). Fecha de inicio de síntomas de la niña: * Fiebre: 27 de febrero de 2026, la cual duró hasta el 29 de febrero. * Erupción: 3 de marzo de 2026, la cual inició cefalocaudal. * Conjuntivitis: 10/feb. Como contactos, se encuentra el padre, de ocupación Policía quien vive en Cúcuta y quien llegó de un viaje internacional que realizó a República Dominicana entre el 19 y el 22 de febrero, donde tuvo contacto con personas extranjeras (estadounidenses, franceses y dominicanos). Él llegó a Pereira el 25 de febrero, asintomático hasta la fecha. También viven con un primo de la niña, de alrededor de 10 años, al parecer con esquema de vacunación completo para la edad. No ha manifestado síntomas. Se estableció contacto con la Clínica Comfamiliar, se indica aislamiento inmediato por aerosoles (recomendación del CDC), toma de muestras respectivas (sangre, orina e hisopado nasofaríngeo), uso de tapabocas; verificar los carnets de los trabajadores de la salud, si tienen esquemas completos y vacunar cuando aplique. Se estableció contacto con la SSM de Pereira para el inicio de acciones de control: BAI, BAC, MRCV, vacunación, seguimiento de contactos. Estado abierto. Información sujeta a cambios.*