

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <br>Estado Plurinacional de Bolivia<br>Ministerio de Salud | <br>MINISTERIO de SALUD<br>Programa Ampliado de Inmunización | <b>Ficha de Notificación e Investigación<br/>SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA<br/>(CIE 10 - SRC P350)</b> | <b>Código ISIS</b><br>A ser llenado por el PAI Departamental<br>____/____/____ |
|--|--|--|--|

**Definición de caso:** Todo menor de un año en quien el personal de salud de cualquier nivel del sistema de salud sospeche el SRC en un lactante cuando (1) el niño presenta uno o más de las siguientes condiciones: cataratas congénitas, defectos cardíacos congénitos, púrpura o hipoacusia; o (2) 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 congénitos específicos del SRC**

I. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

|   |  |
|---|--|
| Clasificación inicial sospechoso <input type="checkbox"/> 1-Por Datos Clínicos 2-Hijo de madre con confirmación de Rubeola 99- Desconocido  |  |
| País: Bolivia, Departamento _____ Establecimiento de salud que notifica _____   |  |
| Municipio: _____ Teléfono del establecimiento que notifica _____  |  |
| Red/Gerencia de Salud _____ Notificado por: _____ No. Tel _____   |  |
| Fecha de: Consulta ____/____/____ Notificación Local ____/____/____ Visita Domiciliaria ____/____/____ Notificación Nacional ____/____/____   |  |
| Año _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Día _____ Mes _____   |  |
| Localidad/Barrio/Ciudad _____   |  |
| Detectado por:<br>1=Consulta<br>2=Laboratorio<br>3=Búsqueda institucional<br>4=Búsqueda de casos en la comunidad<br>5=Investigación de contactos<br>6=Casos reportados en la comunidad<br>88=Otros<br>99=Desconocido<br>Tipo de Sector de Institución que notifica:<br>1=Público<br>2=Privado<br>88=Otro (seguro, ONG, convenio)<br>Especifique _____ |  |

II. INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

|   |                                     |  |  |
|---|-------------------------------------|--|--|
| Nombre y apellidos _____  |                                     | Nombre de la madre o responsable: _____                                    |  |
| Sexo <input type="checkbox"/> 1=Masculino<br>2=Femenino                         | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____ Años _____ Meses _____ |  |
| Dirección actual _____  |                                     | Dirección del trabajo _____  |  |
| Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> 1=Urbano<br>2=Periurbano<br>3=Rural | Ciudad _____                        | Teléfono: _____  |  |

|   |  |
|---|--|
| Referencias para localizar la vivienda: _____ | Croquis de la vivienda  |
| _____   |  |
| _____   |  |
| _____   |  |

III. HISTORIA MATERNA

|   |                            |  |   |
|---|----------------------------|--|---|
| Nombre de la madre: _____   | Edad: _____                | No. de Embarazos Previos: _____  | FUM: ____/____/____   |
| Vacuna contra la Rubeola <input type="checkbox"/> 1-Si<br>2-No<br>99-Desconoce      | N° de dosis _____          | Fecha de última dosis: ____/____/____  | Verificado con carnet <input type="checkbox"/> 1-Si<br>2-No<br>99-Desconoce |
| Rubéola Confirmada <input type="checkbox"/> 1-Si<br>2-No<br>99-Desconoce            | Semanas de Embarazo: _____ | Enfermedad similar a Rubéola <input type="checkbox"/> 1-Si<br>2-No<br>99-Desconoce | Semanas de Embarazo: _____  |
| Expuesta a Rubéola confirmado <input type="checkbox"/> 1-Si<br>2-No<br>99-Desconoce | Semanas de Embarazo _____  | Dónde _____  |   |
| Viajes <input type="checkbox"/> 1-Si<br>2-No<br>99-Desconoce                        | Semanas de Embarazo _____  | Dónde _____  |   |

IV. DATOS CLINICOS DEL RECIEN NACIDO

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 1-Si 2-No 99-Desconocido (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS) |   |  |  |
| APGAR (1-10): _____  | Bajo Peso al Nacer <input type="checkbox"/> | Peso: _____ gramos                                     | Pequeño para edad gestacional <input type="checkbox"/> Semanas _____ |
| OJOS   | OTROS                                       | Hospitalizado <input type="checkbox"/>                 | No. H.Ci. _____  |
| Cataratas <input type="checkbox"/>   | Microcefalia <input type="checkbox"/>       | Exámenes clínicos especiales* <input type="checkbox"/> |  |



|                                     |                          |                                     |                          |  |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Glaucoma                            | <input type="checkbox"/> | Rétraso en el Desarrollo Psicomotor | <input type="checkbox"/> | Especificar _____  |
| Retinopatía Pigmentaria             | <input type="checkbox"/> | Purpura                             | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>CORAZON</b>                      |                          | Hepatomegalia                       | <input type="checkbox"/> |  |
| Persistencia del conducto Arterioso | <input type="checkbox"/> | Esplenomegalia                      | <input type="checkbox"/> | Fallecido <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____<br>Día Mes Año |
| Estenosis de la Arteria Pulmonar    | <input type="checkbox"/> | Osteopatía Radiolúcida              | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>OIDOS</b>                        |                          | Meningoencefalitis                  | <input type="checkbox"/> | Examen anátomo-patológico <input type="checkbox"/>                     |
| Sordera                             | <input type="checkbox"/> | Otros                               | <input type="checkbox"/> | Compatible con SRC <input type="checkbox"/>                            |

V. DATOS DE LABORATORIO

Tome 2 cc de sangre al primer contacto con un caso sospechoso de SRC y otra muestra para aislamiento viral (orina, hisopado nasofaríngeo o aspirado faríngeo)

| Fecha de Toma                 | Tipo de Muestra | Recibido en lab               | Tipo de Prueba           | Diag. de Lab             | Fecha y resultado             |
|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |

Otros estudios de Laboratorio \_\_\_\_\_

Genotipo del virus \_\_\_\_\_

VI. CLASIFICACIÓN FINAL

|  |                                  |  |                       |  |                                |
|--|----------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|
| Descartado por<br><input type="checkbox"/> | 1-Infección Congénita de Rubéola | Confirmado SRC<br><input type="checkbox"/> | 1-Laboratorio         | Origen de la Infección<br><input type="checkbox"/> | 1-Endémico                     |
|  | 88-Otro                          |  | 2-Diagnóstico Clínico |  | 2-Importado                    |
|  | 99-Desconocido                   |  | 99-Desconocido        |  | 3-Relacionado a la Importación |
|  |                                  |  |                       |  | 99-Desconocido                 |

VII SEGUIMIENTO DEL CASO POSITIVO

Todos los niños con IgM positivo deben tener seguimiento para evaluar la excreción del virus, a los tres meses y a los seis meses

| Fecha de Toma                 | Tipo de Muestra | Recibido en lab               | Tipo de Prueba           | Diag. de Lab             | Fecha y resultado             |
|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |
| ____/____/____<br>Día Mes Año | _____           | ____/____/____<br>Día Mes Año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____/____/____<br>Día Mes Año |

Investigador:  
Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPORTANTE

- La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
- Los recuadros deben ser completados de acuerdo a la indicación de los asteriscos.
- Tomar la muestra en el primer contacto en cantidad suficiente (Tome 2 cc de sangre al primer contacto con un caso sospechosos de SRC y una muestra para aislamiento viral)
- Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, monitoreo rápido de coberturas.
- No olvidar que la ficha y la muestra deben ser enviadas de manera inmediata; y que se tiene un tiempo máximo de una semana para el envío de informes con respaldos desde el momento de la notificación.
- Se debe enviar adjunto a la ficha: fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).

Nota: Esta ficha de investigación se encuentra disponible en el siguiente enlace [www.snis.gob.bo/PAI](http://www.snis.gob.bo/PAI)  
Imprima tres copias:

- Una para el establecimiento de salud,
- Una adjunta a la muestra,
- Una para envío a la coordinación/gerencia de red.