Protocolo para la Vigilancia Epidemiológica del Sarampión-Rubéola

Costa Rica

2025

MINISTERIO DE SALUD | GOBIERNO DE COSTA RICA

SEGURO SOCIAL COSTA RICA

INCIENSA

632.9.362.196.9

Ministerio de Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. Centro Nacional de referencia virológica (INCIENSA). Protocolo para la vigilancia epidemiológica del sarampión y rubeola. Dirección Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología, equipo técnico nacional. San José, Costa Rica.

48 p. 1793 Kb

ISBN 978-9977-62-295-8

1.Sarampión. 2. Protocolo. 3. Vigilancia. 4.Rubeola. 5.Costa Rica

Grupo responsable de la elaboración del protocolo

Dr. Aarón Agüero Zumbado	Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Coordinador
Dr. Roberto Castro Córdoba	Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Dra. Leandra Abarca Gómez	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ana Isela Ruíz González	Centro Nacional de Referencia Virológica, Inciensa

Grupo responsable de la revisión:

Dr. Roberto Castro Córdoba	Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Dr. Roberto Arroba Tijerino	Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Dra. Xiomara Badilla Vargas	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Jorge Sequeira Soto	Centro Nacional de Referencia Virológica, Inciensa
Dr. Claudio Soto Garita	Centro Nacional de Referencia Virológica, Inciensa
Dr. Elvis Delgado Delgado	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. María Isabel Fernández Vargas	Comité Nacional de Sostenibilidad de la Eliminación de Sarampión
Dra. María Ethel Trejos Solórzano	Comité Nacional de Sostenibilidad de la Eliminación de Sarampión
Máster. Rosa María Vargas Alvarado	Comité Nacional de Sostenibilidad de la Eliminación de Sarampión

Contenido

Abreviaturas 6
Prólogo 7
Antecedentes 8
Objetivos 9
Definiciones 9
Descripción de la enfermedad 11
Sarampión 11
Rubéola 12
Contenido Técnico 13
Definiciones operativas de caso 13
Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica 15
Búsquedas activas de casos según escenario 17
Notificación negativa 18
Aspectos de laboratorio 18
Actividades en situación de brote 20
Medidas de vacunación en caso de brote 21
Vacunación selectiva 21
Vacunación masiva 23
Bibliografía 24
Anexos 26
Anexo 1: Boleta de notificación VE-01 26
Anexo 2: Ficha de Investigación para Vigilancia Inmunoprevenibles de Sarampión y Rubéola 27
Anexo 3: Notificación Negativa de Caso 29
Anexo 4: Solicitud de diagnóstico Inciensa-R 85 30
Anexo 5: Algoritmo de clasificación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola 31
Anexo 6: Diagnósticos diferenciales de las enfermedades febriles eruptivas 32
Anexo 7: Indicadores de Vigilancia 33
Anexo 8: Formato informe de caso 35
Anexo 9. Búsquedas activas 36
Búsqueda Activa Institucional (BAI) 36
Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) 39
Anexo 10. Órdenes Sanitarias para casos de Sarampión y Rubéola 43
Orden Sanitaria para aislamiento de persona menor de edad 43
Orden Sanitaria para aislamiento de persona mayor de edad 44
Orden Sanitaria para vacunación de persona menor de edad 45
Orden Sanitaria para vacunación de persona mayor de edad 46
Anexo 11. Aislamiento 47
Anexo 12. Aspectos de la Vacunación 48

Abreviaturas

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

CNE: Centro Nacional de Enlace

CNRV: Centro Nacional de Referencia de Virología

ERRA: Equipos de Respuesta Rápida

IgM: Anticuerpo tipo Inmunoglobulina M

IgG: Anticuerpo tipo Inmunoglobulina G

Inciensa: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCR: Reacción en cadena de polimerasa (por sus siglas en inglés)

PAI: Programa ampliado de inmunizaciones

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SR: Sarampión y Rubéola

SRC: Síndrome de Rubéola Congénita

SINAVIS: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Prólogo

El Ministerio de Salud de Costa Rica elaboró este protocolo, a partir de lo dispuesto en la Ley N.° 5395 “Ley General de Salud” y los Decretos Ejecutivos N.° Reglamento Sanitario Internacional” y N.° 40.556-S “Reglamento de Vigilancia de la Salud”; considerando la relevancia de los eventos en la población para la Salud Pública.

La aplicación de este protocolo es obligatoria, el ámbito incluye establecimientos públicos, privados y mixtos, que brinden funciones de atención directa e indirecta a las personas. La implementación la realizarán los encargados de vigilancia epidemiológica, y todo funcionario de salud, que requiera seguir las indicaciones descritas en este protocolo.

La vigencia de este protocolo es por cinco años, o según lo consideren las autoridades de salud.

Se publicará en la página web del Ministerio de Salud y se socializará con todas las instituciones involucradas.

Antecedentes

El Comité Internacional de Expertos para la Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión-Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, declaró a América libre de rubéola y SRC en el 2015 y de sarampión en el 2016, convirtiéndola en la primera región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la que se otorgó esta distinción (1).

En la Conferencia Sanitaria Panamericana los países de la Región de las Américas aprobaron el Plan de Acción para la Sostenibilidad de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas, el cual establece cuatro líneas estratégicas para garantizar la sostenibilidad de la eliminación de esas enfermedades: a) Garantizar el acceso universal a los servicios de vacunación contra el sarampión y la rubéola a la población meta del programa rutinario de vacunación y a otros grupos de edad en riesgo, b) Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica con el fin de detectar, investigar y controlar rápidamente los brotes de sarampión y rubéola, c) Desarrollar la capacidad nacional para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola, d) Establecer mecanismos estandarizados para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de esas enfermedades (1).

Después de que la Región de las Américas fuera declarara libre de sarampión en 2016, se produjo un aumento constante de casos a nivel mundial entre el 2017 y 2019, debido a casos importados desde otros países. La incidencia regional alcanzó su punto máximo en 2019, con 21,5 casos por millón de habitantes.

En el 2020, debido a la pandemia de COVID-19, el número de casos confirmados de sarampión disminuyó en comparación con el 2019, junto con otros determinantes como las tasas de coberturas de vacunación de SRP y la baja calidad de la vigilancia epidemiológica, lo que impactó posteriormente con un aumento de casos a partir del 2022.

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubeola, publicados por la OMS en el 2024; se ha registrado aproximadamente un incremento del 50 % de casos con respecto al año 2023.

En la Región de las Américas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 40 de octubre de 2024, se notificaron 14 373 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 376 casos fueron confirmados en los siguientes países: Argentina (n= 11), Bolivia (n= 3), Brasil (n= 2), Canadá (n= 82), Estados Unidos (n= 267), Islas Turcas y Caicos (n= 2), México (n= 7) y Perú (n= 2). La distribución de los casos confirmados por semana epidemiológica muestra un incremento a partir la SE 7 a la SE 12 del 2024. A partir de la SE 13, se observa una tendencia general al descenso, que se ha mantenido hasta la SE 40. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, los grupos de edad con la mayor proporción de casos corresponden a los de 1-4 años, 5-9 años y al de 20-29 años con un 26%, 25% y 25% respectivamente. Con relación al antecedente de vacunación, el 57% de los casos no estaban vacunados y en 28% dicha información era desconocida o ausente.

En Costa Rica, en 1992 se confirmó el último caso de SRC. Los últimos casos endémicos de sarampión se confirmaron en 1999 y de rubéola en el 2001. Sin embargo, se confirmaron casos

aislados de sarampión: un caso importado en el 2003, un caso de origen desconocido en el 2005, otro caso importado en el 2014 y en el 2019, un total de 10 casos (3 importados y 7 asociados a la importación). El último caso detectado en el país fue en el 2023, clasificado como caso de sarampión de fuente desconocida. Gracias a las acciones efectivas de vigilancia epidemiológica, ninguno de estos brotes de casos únicos registró casos secundarios.

La similitud del sarampión y la rubéola en cuanto a su presentación clínica ha generado lineamientos nacionales e internacionales para la investigación epidemiológica y el diagnóstico por laboratorio, resultando que la vigilancia del sarampión y la rubéola se realiza de manera integrada desde el 2003 (9).

Objetivos

Objetivo general

- Establecer el proceso para el abordaje epidemiológico de casos sospechosos y confirmados de sarampión y rubéola, que orienten a los trabajadores de establecimientos de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Objetivos específicos

- Establecer las acciones de vigilancia epidemiológica, en la detección, notificación, aislamiento, recolección de muestras para el diagnóstico, investigación y seguimiento de un caso sospechoso.
- Fortalecer la vigilancia pasiva y activa en establecimientos que brindan atención en servicios de salud.
- Implementar las búsquedas activas comunitarias e institucionales.
- Mantener las estrategias de eliminación de estas enfermedades.

Definiciones

Aislamiento respiratorio: se realiza para evitar la trasmisión de enfermedades infecciosas por el aire a distancias cortas en un espacio físico separado, utilizando mascarillas para las personas que tienen contacto directo con el paciente, según corresponda.

Búsqueda Activa: es una vigilancia retrospectiva, intencional y complementaria, que no sustituye la vigilancia ordinaria. Su propósito es buscar casos que cumplan con la definición de caso sospechoso, que no fueron detectados por el sistema de vigilancia de rutina. Se realiza en tres escenarios: en el laboratorio, institucional y en la comunidad.

Cadena de transmisión de casos: serie de casos secundarios de sarampión o rubéola que están ligados en lugar y tiempo determinado a un caso confirmado, por haber tenido contacto directo o indirecto con las secreciones respiratorios acorde con el periodo de contagio secuencial que hubo entre ellos.

Inmunidad de rebaño o de grupo: sujetos vacunados que proveen protección indirecta a susceptibles no vacunados o parcialmente vacunados, este efecto de inmunidad colectiva permite que la enfermedad no se extienda.

Contacto directo: toda persona que tiene contacto estrecho o que compartió de forma rutinaria con los casos confirmados y que estuvo expuesta a las secreciones respiratorias durante el periodo de trasmisión del virus.

Contacto indirecto: toda persona que tenga contacto casual con el caso confirmado ya sea directamente o por medio de objetos inanimados, incluyendo personas que han compartido espacios cerrados con el caso confirmado durante su periodo de transmisión (vuelos, viajes en buses/tren, salas de espera, iglesias, lugares de recreación, fiestas comunales, etc.) o en lugares abiertos (estaciones de bus, aeropuertos, eventos deportivos, etc.).

Detección viral: procedimiento de laboratorio que permite detectar el virus o el ARN en una muestra biológica (faríngea y orina), la detección viral confirma el caso.

Detección de anticuerpos: procedimiento de laboratorio que permite detectar anticuerpos IgM o IgG en una muestra de suero de un caso en estudio.

Endémico: término que denota la presencia habitual de una enfermedad o un agente infeccioso en una determinada zona geográfica o grupo de población.

Fase aguda: periodo de la enfermedad que se caracteriza por la aparición del exantema maculopapular.

Fase convaleciente: periodo de la enfermedad febril-eruptiva donde empieza a disminuir progresivamente el exantema maculopapular.

Genotipo: es la secuencia genética especifica de un virus que permite documentar los patrones de transmisión.

Monitoreo rápido de coberturas: herramienta simple de bajo costo, que evalúa en forma rápida e inmediata, la proporción de vacunados y no vacunados de una zona geográfica mediante trabajo de campo.

Nivel nacional: corresponde al nivel rector del sistema de salud del país que conforma y coordina un equipo técnico nacional, para analizar y resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud de la población, brindando asistencia técnica o administrativa a los niveles regionales y locales.

Nivel regional: equipos que les corresponden analizar y resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud de la población, además de brindar asistencia técnica o administrativa a los niveles locales, coordinados por el ente rector en la CIREVIS (Comité Regional de Vigilancia de la Salud).

Nivel local: equipos que les corresponden resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud de la población y dar asesoramiento técnico o administrativo a nivel de la prestación de los servicios de salud, en establecimientos públicos y privados, coordinados por la CILOVIS (Comité Local de Vigilancia de la Salud).

Descripción de la enfermedad

Sarampión

El Sarampión es una enfermedad viral muy contagiosa que afecta principalmente a niños y se transmite por pequeñas gotas de nariz, boca y faringe de los infectados. Es sumamente contagioso y presenta una tasa de ataque secundario superior al 90 % en personas susceptibles, tiene capacidad de infectar a 18 personas por cada persona enferma.

Las características clínicas son: fiebre alta, exantema maculo-papular (céfalo caudal, generalmente inicia en la cara y cuello y se extiende al resto del cuerpo), con síntomas previos de malestar general, rinorrea, tos, conjuntivitis y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas (manchas de Koplik).

Los grupos que presentan mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad son aquellos que no están vacunados o que tienen esquemas de vacunación incompletos, lo que resalta la importancia de mantener coberturas de vacunación óptimas.

En la tabla 1 se brindan mayores detalles sobre las características de este evento.

Tabla 1: Características generales del Sarampión

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Pertenece al género *Morbillivirus* de la familia *Paramyxoviridae.*
Modo de transmisión	Se transmite por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio al hablar, toser o estornudar; que entran en contacto con las vías respiratorias de una persona susceptible.
Periodo de incubación	El promedio es de 10 días, desde la exposición hasta el inicio de la fiebre u otros síntomas inespecíficos y de 14 días hasta el inicio del exantema, con un rango de 7 a 21.
Periodo de transmisibilidad	La transmisibilidad es mayor 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema.
Susceptibilidad	La población susceptible es la que no ha padecido la enfermedad, la no vacunada o aquella que cuenta con esquemas incompletos de vacunación. Los niños de madres que padecieron la enfermedad o han sido vacunadas, están protegidos por anticuerpos maternos en los primeros 6 meses de vida.
Reservorio	El hombre es el único reservorio del virus.

Algunas complicaciones, pueden ser causadas por: multiplicación viral, exacerbación de los fenómenos inflamatorios e invasión bacteriana en los tejidos lesionados.

Las principales complicaciones incluyen:

- Otitis media y mastoiditis.
- Laringitis y laringotraqueobronquitis obstructivas.
- Adenitis cervical.
- Trombocitopenia.
- Diarreas graves.
- Procesos pulmonares graves como: bronquiolitis, bronconeumonía y neumonía lobar.
- Encefalitis aguda.
- Problemas durante la gestación (muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, entre otros).
- En los niños con nutrición insuficiente, puede desencadenar Kwashiorkor agudo y exacerbar la carencia de vitamina A, produciendo ceguera.

La mayoría de las muertes por sarampión se deben a complicaciones en personas menores de 5 años, malnutridos, y en adultos cuando el sistema inmunitario está comprometido o inmunodeprimido.

La tasa de letalidad en países en desarrollo alcanza entre el 3% y 5%, pero en otros, puede ser de 10% al 30%, sobre todo en niños desnutridos y de corta edad. Aproximadamente el 70 % de las muertes son por neumonía.

Rubéola

La Rubéola es una enfermedad viral contagiosa frecuente en niños, el virus se transmite por gotas de vías respiratorias (tabla 2).

Las características clínicas en niños suelen ser leves, con fiebres bajas, náuseas y erupciones transitorias. Los adultos pueden desarrollar artritis, dolores en las articulaciones, cefalea, malestar general, coriza, linfadenopatía occipital y cervical que es el signo más característico y se presenta de 5 a 10 días antes de la erupción. La leucopenia es común y se observa trombocitopenia, aunque las manifestaciones hemorrágicas son raras.

Si la infección se desarrolla durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre, puede causar aborto espontáneo, muerte del feto o el SRC que se caracteriza por defectos múltiples en el corazón, cerebro, ojos y oídos, dando lugar a cardiopatías, discapacidad visual, auditiva y otras condiciones como el autismo, la diabetes y la disfunción de la tiroides.

A pesar de que no se cuenta con un tratamiento específico para esta enfermedad, es prevenible por vacunación.

Tabla 2: Características generales de la Rubéola

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Género *Rubivirus*, familia *Matonaviridae.*
Modo de transmisión	Se transmite por medio de contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, por dispersión de partículas virales en el aire.
Periodo de incubación	De 16 a 18 días con un rango de 14 a 23 días.
Periodo de transmisibilidad	Una semana antes del exantema y aproximadamente 5 días después de aparecer el exantema, incluso hasta 14 días.
Susceptibilidad	La población susceptible es la que no ha enfermado o no está vacunada, o con esquemas incompletos.
Reservorio	El hombre es el único reservorio del virus.

Entre las complicaciones de esta enfermedad se encuentra principalmente la artritis o artralgia y la encefalitis. La rubéola no es considerada un virus letal en niños, sino que su letalidad está asociada al SRC.

Contenido Técnico

Definiciones operativas de caso

El país utiliza las definiciones de caso para la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola recomendadas por OPS (tabla 3).

Tabla 3: Definiciones operativas de caso

Aspecto	Descripción
Caso sospechoso	Toda persona en el que un trabajador de salud sospeche de sarampión o rubéola o paciente que presente fiebre y exantema maculopapular.
Caso confirmado por laboratorio	Caso sospechoso de sarampión o rubéola con resultados positivos en las pruebas de laboratorio. Resultados positivos de laboratorio: • Prueba serológica positiva para anticuerpos de inmunoglobulina M (IgM), con aumento significativo en la concentración de inmunoglobulina G (IgG) entre una muestra de suero de la fase aguda y otra de la fase convaleciente. • Detección de ácido ribonucleico (ARN) viral mediante PCR. • Aislamiento del virus en líneas celulares. • Secuenciación genética del genoma viral.

Caso relacionado con la vacuna	Caso sospechoso que cumpla con al menos tres de los siguientes criterios: 1. El paciente tuvo una enfermedad exantemática, pero no presentó tos ni otros síntomas respiratorios relacionados con el exantema. 2. El exantema comenzó de 7 a 14 días después de la vacunación contra el sarampión; en el caso de la rubéola, el exantema puede aparecer entre 7 y 23 días después de la vacunación. 3. La muestra de sangre dio resultado positivo para la IgM contra el sarampión o IgM contra la rubéola, se obtuvo entre 8 y 56 días después de la vacunación. 4. En una investigación de campo exhaustiva no se detectó ningún caso secundario. 5. No fue posible detectar otras causas por medio de investigaciones de campo o por pruebas de laboratorio. 6. Se aisló el genotipo A (El genotipo A es exclusivamente de origen vacunal).
Caso descartado	Caso sospechoso con una investigación adecuada y en el que se descarta la enfermedad cuando se cumple cualquiera de los siguientes criterios: - Resultados de laboratorio negativos obtenidos en el laboratorio nacional de referencia, mediante una muestra adecuada recolectada dentro del periodo de tiempo establecido después del inicio del exantema. - Vínculo epidemiológico con un brote confirmado por laboratorio de otra enfermedad transmisible distinta del sarampión o la rubéola. - Confirmación de otra etiología. - Incumplimiento de las definiciones clínicas de los casos de sarampión y rubéola. - El Comité Nacional de Sostenibilidad descartó el caso tras examinar la evidencia clínica y epidemiológica.
Caso importado	Caso confirmado de sarampión o rubéola que con evidencia epidemiológica o de laboratorio, que estuvo expuesto fuera del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema en el caso del sarampión, o durante los 12 a 23 días anteriores en el caso de la rubéola.
Caso relacionado con la importación	Caso confirmado con infección adquirida localmente y que forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado, según la evidencia epidemiológica o de laboratorio, en una zona donde no hay circulación del virus.
Caso de fuente desconocida	Caso confirmado en el que no fue posible determinar la fuente de infección.
Caso endémico	Caso confirmado que según la evidencia epidemiológica y de laboratorio forma parte de una cadena de transmisión endémica, lo que significa que el virus es detectado con el mismo genotipo y linaje, ha estado circulando en un país durante un período de más de 12 meses.
Caso índice	Primer caso identificado en un brote que da la alerta para la investigación.
Restablecimiento de la trasmisión endémica	Se produce cuando la evidencia epidemiológica y de laboratorio indica que hay una cadena de transmisión de una cepa viral (idénticos genotipo y linaje) que se mantiene ininterrumpidamente durante por más de 12 meses en una zona geográfica delimitada.
Restablecimiento de la transmisión endémica tras la verificación	Países en los que hay evidencia que indica la presencia de una cadena de transmisión de una cepa viral (idénticos genotipo y linaje) que se mantiene ininterrumpidamente durante ≥ 12 meses en una zona geográfica delimitada (región o país) tras haberse verificado la eliminación de la enfermedad.
Muerte relacionada con el sarampión o la rubéola	Todo caso confirmado que fallece en los 30 días posteriores al inicio del exantema y que está relacionado con una complicación (por ejemplo, neumonía). Los casos excepcionales por complicaciones crónicas como encefalitis posinfecciosa y panencefalitis esclerosante subaguda, que puede ocurrir meses o años después de la infección por el virus del sarampión y no pueden detectarse mediante las actividades de vigilancia rutinarias del sarampión y la rubéola.

Fuente: Marco Regional para el Monitoreo y la Reverificación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola y el SRC en la Región de las Américas, 2022.

Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia del Sarampión y Rubéola es importante para medir el progreso hacia la meta de la erradicación, permite detectar problemas y así desarrollar estrategias para mejorar la calidad de los procesos de vigilancia. En la tabla 4 se detalla el proceso de vigilancia de estos eventos.

Tabla 4. Descripción de procedimientos de vigilancia de Sarampión y Rubéola

<table>
<tr><th colspan="2">Detección de caso de Sarampión o Rubéola en el país</th></tr>
<tr><td>Detección</td><td>La detección puede realizarse por medio de vigilancia pasiva o de vigilancia activa, ante la captación de una persona que cumple con la definición de caso sospechoso; el trabajador de salud debe elaborar la historia clínica, el examen físico y solicitar exámenes de laboratorio, además debe activar de inmediato el sistema de vigilancia haciendo la notificación.</td></tr>
<tr><td>Notificación</td><td>Todo caso sospechoso debe ser reportado al Ministerio de Salud en las primeras 24 horas. Se debe completar la Boleta de notificación VE-01 (Anexo 1), la cual debe seguir el flujo de información establecido en el Reglamento de Vigilancia de la Salud (Decreto Ejecutivo N° 40556-S). La CCSS y otros servicios de salud privados, deben seguir el flujo interno establecido, y notificar al ente rector. Estos eventos se clasifican dentro del Grupo A de notificación obligatoria y se clasifican según el CIE10 o el que se encuentre vigente, de la siguiente manera:

Tabla N°1 Eventos de Notificación Obligatoria

<table>
<tr><th>Evento</th><th>Código de la CIE10</th></tr>
<tr><td>Rubéola 3 y 5</td><td>B06.0-B06.9</td></tr>
<tr><td>Síndrome de Rubéola Congénita</td><td>P35.0</td></tr>
<tr><td>Sarampión 3 y 5</td><td>B05.0-B05.9</td></tr>
</table>
Fuente: Elaborado por el Ministerio de Salud.

Las muertes sospechosas por esta enfermedad deben notificarse de forma inmediata al Área Rectora de Salud correspondiente y enviar el certificado de defunción.</td></tr>
<tr><td>Recolección y envío de muestras</td><td>Primera muestra: al primer contacto con un caso sospechoso se deben tomar las muestras de suero, hisopado faríngeo y/o la muestra de orina, enviar al Inciensa en menos de 24 horas con la boleta Inciensa R85 Solicitud diagnóstica (Anexo 4), en condiciones de frío y en triple embalaje.
Segunda muestra: el Inciensa solicitará una segunda muestra de suero cuando el resultado de anticuerpos IgM por sarampión o rubéola sea positivo o indeterminado. Además, podrá solicitar la toma de otra muestra faríngea o de orina cuando se requiera.</td></tr>
<tr><td>Aislamiento</td><td>Al detectar y notificar el caso sospechoso se debe aislar de manera intradomiciliar o intrahospitalaria (según condiciones clínicas y criterios de hospitalización, y siempre coordinado con el equipo técnico nacional) hasta ser descartado por el laboratorio nacional de referencia, para lo cual el Ministerio de Salud será el encargado de girar las ordenes sanitarias (Anexo 10).
El personal de salud en contacto con el caso debe de usar mascarilla N95. En el aislamiento domiciliar, el caso sospechoso o confirmado deberá usar mascarilla quirúrgica cada vez que esté en contacto con otras personas. Se recomienda que acorde con las posibilidades de cada</td></tr>
</table>

	entorno, se garantice una habitación exclusiva, ventilada y con la puerta cerrada, además de estar realizando limpieza de superficies constantemente (Anexo 11).
Investigación del caso	Todo caso sospechoso se debe investigar dentro de las primeras 24 horas de notificado. El equipo local responsable de la vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud públicos y privados debe coordinar con el Área Rectora de Salud, y realizar la investigación clínico-epidemiológica de manera conjunta acorde con las competencias de cada institución. Además, el equipo debe asegurar la adecuada recolección y envío de muestras de laboratorio y el llenado de la ficha de investigación (Anexo 2). El equipo de vigilancia epidemiológica de establecimientos del sector privado y público local deben realizar el seguimiento y enviar informes al nivel local del Ministerio de Salud hasta que el caso sea descartado por laboratorio. La información se debe enviar al nivel regional y de ahí a la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud y al Subárea de Vigilancia Epidemiológica del nivel central de la CCSS.
Investigación de campo	Se debe de realizar un informe con la investigación de campo, que incluya información relevante del caso, como: historia clínica y examen físico, lista de contactos (nombre completo, dirección de residencia, teléfonos y correos) y sus antecedentes personales; historial de viajes y el historial vacunal. Se realizará revisión del expediente clínico u otros registros, entrevistas al personal de atención, visitas domiciliares, entrevistas al caso, al grupo familiar, al grupo social y a los contactos en los lugares de desplazamiento durante el período de transmisión, identificando posibles fuentes y escenarios de contagio. Además, se debe realizar un barrido en un radio mínimo de 500 metros a la redonda, adecuándolo a las características del área para la búsqueda de casos secundarios y la revisión del esquema de vacunación del caso y de sus contactos cercanos. El equipo de vigilancia epidemiológica de la CCSS realizará la investigación clínico-epidemiológica del caso en los establecimientos de salud públicos y el MS en los establecimientos de salud privados con la colaboración de éstos, con la información contenida en la boleta VE-01 y la ficha de investigación de caso para definir las acciones a seguir según lo establecido en este protocolo.
Documentos necesarios con todo caso sospechoso de Sarampión y Rubéola	La boleta de notificación VE.01 (Anexo1), la ficha de investigación completa (Anexo2), los resultados de laboratorio, informe de caso (preliminar o final) (Anexo 8) según corresponda.
Documentos necesarios con todo caso confirmado de Sarampión y Rubéola	La boleta de notificación VE.01 (Anexo1), la ficha de investigación completa (Anexo2), los resultados de laboratorio, informes de investigación del caso (Anexo 8), los informes de seguimiento de los casos y sus contactos, así como cualquier otra información requerida según avances del abordaje (los tres niveles de gestión en ambas instituciones deben activar los Equipos de Respuesta Rápida).
Inmunización de contactos	Ante la presencia de casos sospechosos, no se aplican vacunas a contactos solo en grupos poblacionales con alguna dosis pendiente según esquema de vacunación vigentes. (menores de 10 años). En poblaciones mayores de 10 años, deben de contar con el visto bueno del equipo técnico nacional (MS-CCSS-Inciensa) acorde con la estrategia de vacunación selectiva definida para cada caso. Se recomienda al programa de inmunizaciones nacional contar con un plan de acción para adquirir o disponer de vacunas para poblaciones menores y mayores de 10 años según corresponda, de contarse con un caso confirmado por laboratorio, y aplicarlas según recomendaciones establecidas en la normativa vigente y las del equipo técnico nacional y autoridades de salud competentes.

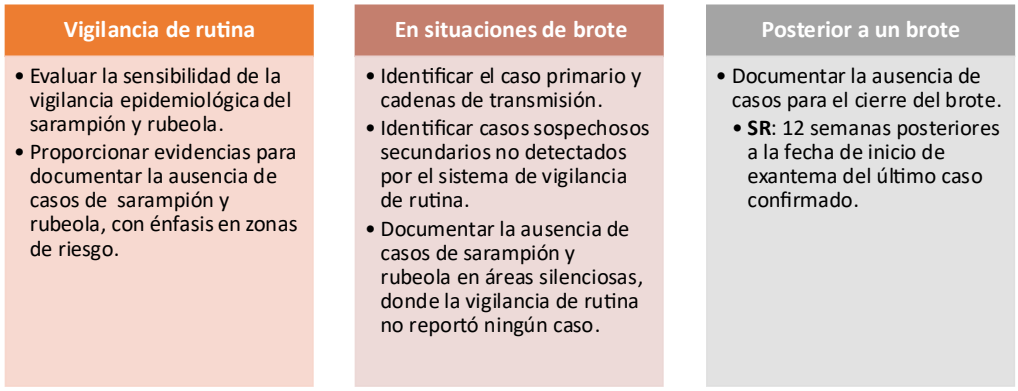
Fuente: Elaboración propia. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud,2024.

Búsquedas activas de casos según escenario

El objetivo de las búsquedas activas es identificar la ocurrencia de casos sospechosos de sarampión y rubéola que no fueron detectados, notificados, investigados y clasificados por la vigilancia pasiva, con el propósito de realizar las actividades necesarias de abordaje del caso o documentar que no hay circulación de estos virus.

En la Figura 1 se detallan las características de la búsqueda activa para Sarampión y Rubéola.

Figura 1: Características de las búsquedas activas para Sarampión y Rubéola



Fuente: OPS-OMS.

Las búsquedas activas se clasifican en tres:

Búsqueda activa institucional (BAI): investigación intencionada de casos sospechosos de sarampión - rubéola en los establecimientos de salud públicos y privados, que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica no detectó en los últimos treinta días, con el fin de captarlos y tomarles de muestras serológicas. (Anexo 9)

Búsqueda activa comunitaria (BAC): investigación de casos sospechosos, según criterios de tiempo, lugar y persona, mediante entrevistas con líderes comunales, autoridades, profesores, párrocos, padres de familia, y otros actores sociales en visitas domiciliarias, centros de educación, centros de trabajo y otros. (Anexo 9)

Búsqueda activa de laboratorio (BAL): consiste en seleccionar muestras negativas recolectadas para la vigilancia de arbovirus con criterios de fiebre y exantema para realizarle la prueba de IgM de sarampión y rubéola. Ante epidemias de enfermedades de arbovirosis se deben considerar además de fiebre y exantema, algún síntoma respiratorio (como rinorrea, tos, coriza, entre otros) para no saturar al laboratorio.

Notificación negativa

Todo ente notificador que no haya detectado estos eventos bajo vigilancia debe realizar la notificación negativa cumpliendo con el flujo de información establecido a nivel nacional (Anexo 3).

Aspectos de laboratorio

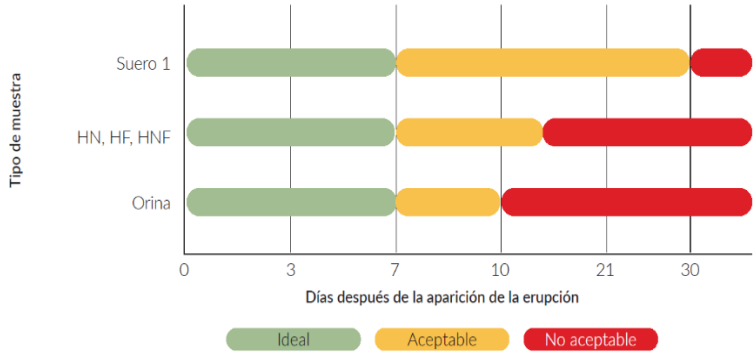
Para confirmar un caso de sarampión o rubéola es necesario realizar exámenes de laboratorio, y recolectar muestras para detección del virus y serología.

El laboratorio nacional autorizado para este proceso es el Centro Nacional de Referencia de Virología del Inciensa, quien recibe y procesa todas las muestras de los casos sospechosos y confirma el diagnóstico por medio del apoyo del laboratorio de referencia regional, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

Las muestras para detección viral son de tipo respiratorias (hisopado nasal, faríngeo o nasofaríngeo) y de orina, las cuales tienen mayor concentración de virus en los primeros días de iniciado los síntomas y hasta los 7 días de evolución. En casos altamente sospechosos, pueden obtenerse muestras de orina hasta 10 días e hisopados hasta 14 días después de la erupción. La detección del virus por medio de técnicas de biología molecular identifica el ARN del virus de sarampión o rubéola por medio de la RT-PCR-Tiempo Real, metodología estandarizada por los CDC de Atlanta e implementada en el CNRV del Inciensa.

Para la serología se utiliza la muestra de suero que debe obtenerse en un plazo no mayor a 30 días de la aparición de la erupción. El suero se utiliza para la detección de anticuerpos IgM específicos del sarampión o la rubéola mediante un ensayo inmuno enzimático (ELISA, por sus siglas en inglés). Los anticuerpos IgM son de respuesta aguda, se detectan en sangre poco después del inicio del exantema, alcanza su máxima concentración en una semana y disminuye en forma gradual en 30 días.

Figura 2: Tipo de muestra recomendada según los días transcurridos desde la aparición de la erupción.



HN: hisopado nasal, **HF**: hisopado faríngeo, **HNF**: hisopado nasofaríngeo

Fuente: Orientaciones sobre las pruebas del sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas.2018

La vigilancia rutinaria del sarampión y la rubéola se basa en la determinación de IgM en una muestra única de suero, preferiblemente obtenida durante la fase aguda de la enfermedad (primeros 7 días desde el inicio de la erupción).

Algunos casos pueden requerir de una segunda muestra de suero, la cual deberá obtenerse durante la fase convaleciente de la enfermedad, alrededor de 10-15 días después de la primera muestra de suero o cuando el laboratorio la solicite para realizar determinación de IgG. Los anticuerpos específicos tipo IgG aumentan al tener contacto con el virus de sarampión o rubéola, alcanzan su concentración máxima dos semanas después de la aparición del exantema y se detectan por años como respuesta de memoria después de la infección o vacunación.

En la siguiente tabla se resume los procedimientos de las muestras que deben seguirse:

Tabla 5: Procedimiento para la toma, conservación y envío de las muestras para sarampión y rubéola.

Muestras clínicas de Sarampión y Rubéola	
Muestra de serología	-El suero se obtiene por punción venosa, se obtiene una cantidad de 5 a 10 mL de sangre (mínimo 3 mL en lactantes y niños pequeños). Se utiliza un tubo estéril sin anticoagulante (tapón rojo) rotulado con el nombre del paciente. -Se centrifuga la sangre a 2000 rpm durante 10 minutos para obtener el suero, transferirlo asépticamente a un tubo estéril, rotulado con el nombre e identificación del paciente, cerrarlo bien e introducir en una bolsa plástica con material absorbente. Debe refrigerarse de inmediato. -Revisar y completar la boleta Inciensa R85 “Solicitud de diagnóstico” (Anexo 4) con todos los datos: fecha de inicio de síntomas, toma de muestra y demás información que permita localizar al paciente para una segunda muestra.
Muestras para detección y aislamiento viral	**Hisopados:** utilizar hisopos de poliéster, rayón, dacrón o nylon. Es importante obtener una buena cantidad de células epiteliales (frotando o girando firmemente con el hisopo sobre el epitelio) para obtener suficiente cantidad de muestra para detectar el virus. Se debe colocar en un tubo que contenga soluciones estériles de medio de transporte viral (MTV), solución salina, solución amortiguada de fosfatos (PBS por su sigla en inglés). **Orina:** pueden recogerse en un recipiente apropiado de plástico y de boca ancha. La orina debe centrifugarse dentro de las 48 horas posteriores a su obtención y enviarse con rapidez (en 24 horas) al laboratorio del Inciensa. Ambas muestras deben ser refrigeradas de inmediato al obtenerlas y durante el transporte.
Conservación de las muestras	El laboratorio local debe conservar las muestras refrigeradas (temperatura de 2 °C a 8 °C) mientras se envían al laboratorio del Inciensa.

Envío de muestras	Se remite al laboratorio del Inciensa en las primeras 24 horas a partir de la recolección. Enviar las muestras en un sistema de triple embalaje, utilizando hieleras con suficientes paquetes de gel congelados dispuestos en el fondo y en las paredes de la hielera, dejando las muestras en el centro, para asegurar la cadena de frío y las medidas de bioseguridad. Las boletas deben colocarse en una bolsa plástica y pegarlas con cinta adhesiva a la tapa de la hielera.

Fuente: Orientaciones sobre las pruebas del sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas.2018

La infección por sarampión o rubéola se confirma mediante la detección del virus por biología molecular y cultivo, o cuando se detecta en el paciente una respuesta inmunológica específica para alguno de estos agentes virales con un aumento considerable de concentración de IgG mediante muestras de suero aguda y convaleciente (Anexo 5).

El Inciensa además realiza a cada caso sospechoso la prueba de avidez de IgG para sarampión y rubéola, y una serie de diagnósticos diferenciales (Anexo 6) para llegar a un correcto descarte y clasificación de caso.

Actividades en situación de brote

La confirmación de un caso es considerada como un brote y un evento de salud pública, por lo que debe informarse al Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) Costa Rica.

Ante un caso confirmado se siguen los mismos procedimientos de vigilancia mencionados anteriormente y se debe de:

1- Realizar las medidas de aislamiento del caso confirmado por medio de orden sanitaria, a nivel domiciliar o a nivel hospitalario si presenta complicaciones (el aislamiento a nivel hospitalario siempre debe ser coordinado con el equipo técnico nacional). Se realizará aislamiento respiratorio, medidas de higiene y bioseguridad, con el paciente, así como las personas que por cualquier situación deban tener contacto con el caso confirmado, esta es una de las principales medidas de control del brote, y debe ser aplicado durante su periodo de transmisión. El caso deberá permanecer aislado como mínimo 4 días y hasta 7 días siguientes al inicio del exantema. Esta medida preventiva de aislamiento domiciliario evitará la propagación innecesaria del virus.
2- A los contactos del caso positivo de sarampión o rubéola, se le revisa la tarjeta de vacunación o el registro digital de vacunación y se completan esquemas. Una vez que se confirma un brote (un caso de sarampión o rubéola), se deben iniciar las acciones de vacunación selectiva o masiva, según se analice en el seno del equipo técnico nacional, dependiendo de la evolución y magnitud de este.

3- Los contactos identificados se les darán seguimiento por 21 días por parte del nivel local de la CCSS y en caso del sector privado (este lo coordina la rectoría local), si en ese período inicia con signos y síntomas, se indica el aislamiento con Orden Sanitaria, se toma la muestra y se envía al Inciensa.
4- Se debe elaborar una base de datos con las variables de la ficha clínico-epidemiológica de todos los casos del brote para ser analizada en tiempo, lugar y persona, garantizando la confidencialidad de datos acorde con lo normado a nivel nacional.
5- Establecer las cadenas de transmisión a partir del caso índice y/o primario, a través de la totalidad de los contactos directos e indirectos elaborando una línea de tiempo.
6- Se debe intensificar la vigilancia epidemiológica mediante búsquedas activas comunitarias, institucionales y de laboratorio de casos febriles y exantemáticas que permitan identificar más casos sospechosos de sarampión o rubéola en los últimos 30 días, en aquellos lugares donde estuvo el caso en el período de transmisión.
7- En el informe se debe caracterizar el brote y realizar el análisis, que incluyan gráficas de barras y una curva epidemiológica del brote, describiendo el número de casos confirmados, sospechosos y descartados por semana epidemiológica.

Medidas de vacunación en caso de brote

Ante un brote se aplicará la vacuna que definan las autoridades nacionales, tomando en consideración que la vacuna disponible en la CCSS es la SRP (cepa Zagreb, que se aplica desde los 6 meses hasta 9 años, 11 meses y 29 días).

Según disponibilidad en la CCSS, la vacuna SR o vacuna SRP-cepa Jerry Lyn, será usada para la vacunación de contactos de 10 o más años, posterior a la autorización de las autoridades respectivas.

Sin embargo, si no existe ninguna de estas 2 vacunas, el Ministro de Salud o la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiologia deberán de analizar el riesgo-beneficio existente y decidir si se avala el uso de vacuna SRP (cepa Zagreb) para mayores de 10 años o gestionar la adquisición de vacuna SR o SRP Jerry Lynn según corresponda.

La vacuna SRP es una vacuna viva, debe de ser utilizada acorde con lo establecido en el esquema nacional y se debe de cumplir las contraindicaciones y precauciones de uso descritas en la Norma Nacional de Vacunación vigente.

Vacunación selectiva

Un brote de sarampión o rubéola puede controlarse mediante estrategias de vacunación selectiva, vacunando a los contactos susceptibles, identificados en el barrido de 500 metros alrededor de la casa del caso confirmado, y a personas con las que estuvo en contacto directo o indirecto, en el periodo de transmisión, en el menor tiempo posible acorde con la indicación del equipo técnico nacional.

Esquema de vacunación recomendado para la vacunación selectiva

Los Equipos de Respuesta Rápida (ERRA) a nivel nacional deberán girar instrucciones precisas al nivel regional, así como estos deberán ordenar las acciones necesarias y verificar el cumplimiento de las instrucciones al nivel local con el objetivo de realizar la vacunación al inicio y durante el brote, bajo el siguiente esquema:

-Personas susceptibles, que han tenido contacto con el caso confirmado y que no demuestren con carné u otro documento de vacunación haber recibido por lo menos una dosis de vacuna SRP/SR, deben iniciar o completar su esquema de dos dosis. Recordando que entre cada dosis debe de haber al menos 4 semanas de tiempo.

La vacunación en contactos susceptibles se realizará dependiendo de la edad:

- Niños entre 6 meses y 11 meses de edad con 29 días, una dosis de la vacuna SRP (dosis cero), y programar la primera dosis de SRP de esquema de rutina al cumplir los 15 meses de edad.

- Niños entre 1 año y 9 años, 11 meses y 29 días, deben recibir una dosis de SRP, si no se puede comprobar con carné u otro documento de vacunación haber recibido la segunda dosis de esquema regular.

- Si no tiene primera dosis, aplicarla y citar al menos en 4 semanas para la segunda dosis, y si tiene primera dosis, aplicar segunda dosis (verificando que al menos haya cuatro semanas entre la primera y la segunda dosis). Deberán ubicarlos en sitios de concentración, tales como: guarderías, centros de atención preescolar, orfanatos, centros de cuido u otro que atienda a este grupo de población.

- Población de otros grupos etarios de 10 o más años, será definido de acuerdo con la edad en que se presentan la mayoría de los casos del brote, y se aplicará una dosis a los contactos que no demuestren haber recibido al menos 1 dosis de vacuna SRP según lo definido anteriormente.

Por norma general, deben recibir una dosis de SRP, si no se puede comprobar con carné u otro documento de vacunación haber recibido una dosis de SRP y acorde con el esquema nacional de vacunación o las indicaciones del equipo técnico nacional.

- Personal de salud del sector público y privado: deben demostrar obligatoriamente con comprobante (carné u otro documento) haber recibido dos dosis de la vacuna SRP Jerry

Lynn o acorde con las indicaciones del equipo técnico nacional ante ausencia de esta cepa; o tener una contraindicación válida, si no, deberán recibir dos dosis con un mes de intervalo entre la primera y la segunda.

- Otros grupos de riesgo relacionados con el brote: personal susceptible de hoteles, guías turísticos, personal de aeropuertos nacionales e internacionales, conductores de taxis, transporte público en zonas turísticas, personal de servicios de migración de fronteras, personal de centros comerciales, recreacionales, mercados, centros de negocios e industria, entre otros, deben recibir una dosis de SRP Jerry Lynn o acorde con las indicaciones del equipo técnico nacional.

Es necesario que el personal de salud público y privado, una vez que vacunen a cualquiera de estos contactos:

- Anoten la dosis de vacuna aplicada en el carné de vacunación o sistemas de información oficiales, indicando la fecha, tipo de vacuna y lote.
- Informen a padres de familia y población vacunada en general, la necesidad de guardar el carné de vacunación para comprobar su estado vacunal.
- Indique a las personas con contraindicación para la vacuna, que al no estar vacunado se puede enfermar y contagiar a otros; y al presentar síntomas debe reportarse de inmediato al servicio de salud más cercano.

Vacunación masiva

Si el brote se detecta tardíamente, es decir, cuando se han generado muchas cadenas de transmisión en contactos susceptibles, se deberá controlar con estrategias de vacunación masiva, indiscriminada, agresiva, en un área geográfica que puede ser distrital, cantonal o nacional, dependiendo de la magnitud de la diseminación del virus. La vacunación masiva solo será indicada por el equipo técnico nacional, posterior al análisis epidemiológico correspondiente.

Los brotes detectados tardíamente son los más difíciles de controlar y se pierde mucho tiempo y recursos financieros, que debieron ser invertidos inicialmente en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y en el aumento de las coberturas de vacunación.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2022). Marco Regional para el Monitoreo y la Reverificación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola y el SRC en la Región de las Américas, 2022. Recuperado de: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56039
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 8 de febrero de 2023, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 29 de enero del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024.
4. Morice A, Ulloa R, Ávila ML. Congenital rubella syndrome: progress and future challenges Expert Rev. Vaccines 8(3), 323–331 (2009) ISSN 1476-058410.1586/14760584.8.3.323
5. Ulloa R, Morice A, Ávila ML. El regreso del sarampión. Acta méd costarric Vol 59 (4), octubre-diciembre 2017 ISSN 0001-6012/2017/59/4/128-129 Acta Médica Costarricense, © 2017
6. Morice A, et al. Accelerated Rubella Control and Congenital Rubella Syndrome Prevention Strengthen Measles Eradication: The Costa Rican Experience The Journal of Infectious Diseases 2003; 187(Suppl 1):S158–63 Disponible en:
7. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (2015) “Informe de vigilancia basada en laboratorio Análisis de resultados serológicos e indicadores de calidad del laboratorio para la vigilancia integrada del sarampión-rubéola. Costa Rica, enero a diciembre de 2014”. Tres Ríos, Costa Rica, INCIENSA, 2015. [Internet]. [citado 08 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/informes_vigilancia/2014/Virologia/Informe%20anual%20de%20vigilancia%20basada%20en%20laboratorio%20de%20Sarampion%20y%20Rubeola%20%202014.pdf
8. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (2020). Informe Anual de vigilancia basada en laboratorio de Sarampión y Rubéola, San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.Inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/informes_vigilancia/2020/Virologia/Informe%20anual%202020%20Vigilancia%20Sarampion%20y%20Rubeola.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud 2018 Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. ISBN: 978-92-75-31997-0 https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932
10. Ministerio de Salud (2015). Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Sarampión Rubéola. San José, Costa Rica: Grupo Técnico Nacional de S-R.2.
11. Ministerio de Salud (2022). Ministerio de Salud, OPS y UNICEF hacen un llamado a la población para que acudan a completar esquemas de vacunación. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1274-ministerio-de-salud-ops-y-unicef-hacen-un-llamado-a-la-poblacion-para-que-acudan-a-completar-esquemas-de-vacunacion#:~:text=Durante%20el%20ª%C3%B1o%202021%20la,un%2093%25%20para%20Hepatitis%20B.

12. Organización Mundial de la Salud (2019) Plan de acción mundial sobre vacunas. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_8-sp.pdf
13. Organización Mundial de la Salud (2021) Agenda de Inmunización 2030. Recuperado de: https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/immunization/strategy/ia2030/ia2030-document---spanish.pdf?sfvrsn=5389656e_69&download=true
14. Organización Mundial de la Salud (2022) Cobertura Vacunal. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2015). Programa de Inmunizaciones. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=289: immunization-program&Itemid=384&25úsq=es
16. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2016). Reglamento Sanitario Internacional 2005 – Tercera edición. Recuperado de: https://www.paho.org/es/documentos/reglamento-sanitario-internacional-2005-tercera-edicion
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017). Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación de Sarampión, Rubéola y Rubéola Congénita en las Américas 2018-2023. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34417/CSP29.R11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y
18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2018). Actualización Epidemiológica Sarampión. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=úsqueda-2183&alias=47520-18-de-enero-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&úsq=es252525
19. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2019). Rubéola. Recuperado de: https://www.paho.org/es/temas/rubeola
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2019). Sarampión. Recupero de: https://www.paho.org/es/temas/sarampion
21. UNICEF y Organización Mundial de la Salud (2022). UNICEF y la OMS advierten que se dan las condiciones propicias para que aumenten los brotes de Sarampión entre la población infantil. Comunicado de prensa. Recuperado de: https://www.who.int/es/news/item/27-04-2022-unicef-and-who-warn-of–perfect-storm–of-conditions-for-measles-outbreaks–affecting-children
22. Sistema Costarricense de Información Jurídica (2017). Reglamento de Vigilancia de la Salud. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/25úsqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=84661&nValor3=109322&strTipM=TC

Anexos

Anexo 1: Boleta de notificación VE-01

MINISTERIO DE SALUD, COSTA RICA- DVS

MINISTERIO DE SALUD | GOBIERNO DE COSTA RICA

BOLETA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VE-01

Número de cédula o identificación

Nombre del paciente

Diagnóstico de notificación

Diagnóstico específico

Fecha inicio del evento / síntomas — Día | Mes | Año

Fecha de diagnóstico — Día | Mes | Año

Sexo: Masculino Femenino

Etnia

Fecha Nacimiento — Día | Mes | Año

Edad Cumplida — Años | Meses | Dias

Nacionalidad:

Ocupación

Nombre del padre, madre o encargado (solo en caso de menores de < 18 años, o persona con discapacidad

Residencia — Provincia | Cantón | Distrito | Localidad

Dirección Exacta

Teléfono Casa / Celular

Lugar de Trabajo

Localización lugar Trabajo — Provincia | Cantón | Distrito | Localidad

Lugar de ocurrencia — Provincia | Cantón | Distrito | Localidad

Establecimiento que informa

Nombre de la persona que informa

Firma de paciente:

Para atender notificaciones
Correo electrónico o fax:

Anexo 2: Ficha de Investigación para Vigilancia Inmunoprevenibles de Sarampión y Rubéola

MINISTERIO DE SALUD | GOBIERNO DE COSTA RICA — CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL — INCIENSA

FICHA DE CASO PARA VIGILANCIA INTEGRADA DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA

Establecimiento de Salud: _____ **Nombre del Médico que valora:** _____

Fecha de Diagnóstico: ___/___/___ **Fecha de Notificación de local:** ___/___/___ **Fecha de notificación nacional:** ___/___/___ **No de Caso:** ___

1- DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: _____ **# de identificación:** _____ **Nacionalidad:** _____

Sexo: M ____ F ____ **Fecha nacimiento:** ____/____/____ **Edad:** Años: ____ Meses: ____ Días: ____

Residencia: Provincia: _____ **Cantón:** _____ **Distrito:** _____ **Teléfono:** _____

Dirección exacta: _____ **Nombre madre/padre/encargado:** _____

Viajó el paciente fuera del país: Si ____ No ____ **Dónde?** _____

Contacto con extranjeros recientemente: Si ____ No ____ **De donde?** _____

L a paciente está embarazada?: Si ____ No____ No sabe ____ **Edad Gestacional (sems):** _____**Hospital donde se atenderá el parto** _____

2- DATOS CLINICOS

Diagnostico presuntivo: _____ **Captación: Consulta externa** ___ **Urgencias** ___ **Laboratorio** ___ **Otro:** _____

Fecha de inicio de Síntomas (FIS): ___/___/___ **Está hospitalizado: Si**____ **No** ___ **Fecha de ingreso (hospitalización):** _____/_____/_____

Signos y síntomas	Si	No	NS/NA
Fiebre			
Erupción			
Tos			
Conjuntivitis			
Coriza			
Machas de Koplik			
Adenopatías			
Fotofobia			
Artralgias			

En Caso Afirmativo Complete

Fecha de inicio fiebre: ___/___/___ **Temperatura Cuantificada:** _____ °C

Fecha de inicio de erupción: ___/___/___ **Días de evolución:** _____

Tipo de erupción: ___petequial ___macular ___maculopapular ___vesicular ___pustular

Localización de la erupción: ___cabeza ___cuello ___tronco ___extremidades

Observaciones: _____

3. ANTECEDENTES

Tipo de Vacuna	Cantidad de dosis	Fecha de última dosis	Tipo de Vacuna	Cantidad de dosis	Fecha de última dosis
☐ Doble viral (SR)	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐NS	___/___/___	☐ Fiebre Amarilla	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐NS	___/___/___
☐ Triple viral (SRP)	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐NS	___/___/___	☐ Otra _____	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐NS	___/___/___
☐ Varicela	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐NS	___/___/___	Fuente: Tarjeta de Vacunación _____ Registro del Servicio de Salud _____		Verbal _____

4. MUESTRAS Y ANALISIS DE LABORATORIO **Laboratorio que envía la muestra** _____

# Muestra	Tipo de Muestra			Fecha de toma de muestra	Fecha de envió de la muestra a INCIENSA	Fecha de la recepción de la muestra en INCIENSA
	Suero	Faríngeo	Otra (Especifique)			
Primera				___/___/___	___/___/___	___/___/___
Segunda				___/___/___	___/___/___	___/___/___
Tercera				___/___/___	___/___/___	___/___/___

5. INVESTIGACION **Fecha de Investigación:** 2 / 06 / 2024

En el último mes ha habido casos de :	Sarampión			Rubéola			Varicela			Parvovirus B19			Otro:		
	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Datos epidemiológicos	SI	NO	En Caso Afirmativo Complete		
Hubo Búsqueda activa de casos			No de casos sospechosos encontrados en la búsqueda activa:		
Tuvo el paciente contacto con alguna mujer embarazada			Nombre de la embarazada:		
Viajó el paciente fuera de su localidad en los últimos 30 días previos al inicio de síntomas.			Lugares visitados	Desde	Hasta
				__/__/__	__/__/__
				__/__/__	__/__/__

Fuente de contagio: ☐ Hogar ☐ Centro de Salud ☐ Centro de estudios ☐ Lugar de trabajo ☐ Comunidad Otro: _____

6. MEDIDAS DE RESPUESTA

MEDIDAS DE RESPUESTA	SI	NO	En Caso Afirmativo Complete
Vacunación de bloqueo?			Fechas de inicio __/__/__ Finalización __/__/__ No de Dosis Aplicadas _____
Monitoreo rápido de cobertura?			Porcentaje de cobertura por monitoreo (menores de 10 años) _____
Seguimientos de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso			Fecha de último día que se hizo seguimiento de contactos __/__/__ Agregar croquis

7. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO: **Fecha de clasificación final:** __/__/__ **Clasificado por:** _____

☐ Sarampión ☐ Rubéola ☐ Varicela ☐ Parvovirus B19 Otro: _____

☐ Confirmado ☐ Probable ☐ Descartado

Resultados de laboratorio que apoyan la clasificación				
Muestra	IgM	IgG	Aislamiento	PCR (Especifique)
Primera	☐	☐	☐	☐
Segunda	☐	☐	☐	☐

☐ Importado
☐ Relacionado a Caso Importado (Especifique): _____
☐ Autóctono
☐ Desconocido

Contacto de otro caso
☐ Si (Nombre y relación) _____
☐ No
☐ Desconocido

Paciente fallecido: SI ☐ NO ☐ Fecha: __/__/__ Causa de muerte: _____ Autopsia: SI ☐ NO ☐ Nº Autopsia: _____

Anexo 3: Notificación Negativa de Caso

Formularios de la Notificación Negativa

DICCIONARIO DE VARIABLES			
N°	**VARIABLE**	**DESCRIPCION**	**CATEGORIAS**
1	Establecimiento	Establecimiento que notifica	Alfanumérico
2	Región	Region de Salud	Texto
3	Area Rectora	Area Rectora de Salud	Texto
4	Sem. Epi	Semana epidemiológica	Número
5	POLIO	Polio	X reporta negativo / 1 existe evento
6	SARAMPION	Sarampion	X reporta negativo / 1 existe evento
7	RUBEOLA	Rubeola	X reporta negativo / 1 existe evento
8	SÍNDROME RUBEOLA CONGÉNITA	Rubeola congénita	X reporta negativo / 1 existe evento
9	TETANO	Tétanos	X reporta negativo / 1 existe evento
10	TETANO NEONATAL	Tétanos	X reporta negativo / 1 existe evento
11	MALARIA	Malaria	X reporta negativo / 1 existe evento
12	FILARIASIS	Filariasis	X reporta negativo / 1 existe evento
13	Nombre de la persona que registra los datos	Nombre de la persona que registra los datos	Texto



Formulario de Notificación Negativa

AÑO

AÑO

Establecimiento	Región	Area Rectora	Sem. Epi	Polio	Sarampión	Rubeola	Síndrome Rubeola congénita	Tetano	Tetano neonatal	Malaria	Filariasis	Nombre de la persona que registra los datos
Área Rectora de Salud L	CENTRAL ESTE	LA UNION	1	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	Dra. Alejandra Mora
ora de Salud Los Santos	CENTRAL ESTE	LOS SANTOS	1	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	X Reporta negativo	Dra. Lilliam Solís Var

VARIABLES DATOS +

Anexo 4: Solicitud de diagnóstico Inciensa-R 85

INCIENSA
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

Solicitud de diagnóstico Inciensa-R85

Versión: 5 | Página 1 de 2

Establecimiento que envía la(s) muestra(s)

Nombre del establecimiento: | N° Unidad Programática CCSS

Establecimiento de salud al cual se reportan los resultados

Hospital _____ EBAIS _____
Área de salud _____ Establecimiento privado u otro _____

Exámenes que solicita al INCIENSA*:

Responsable solicitud: | Firma: | Fecha de solicitud:

Datos del paciente

Identificación:
N° cédula _____
Otro:
N° pasaporte _____
N° cédula residencia _____
N° expediente _____
N° autopsia _____

Nombre paciente:
_____ _____ _____
Primer apellido *Segundo Apellido* *Nombre completo*
Sexo: Masculino Femenino Intersexo
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ *(DD-MM-AAAA)*

Nacionalidad (país):
Costarricense
Extranjero: País:_____

¿Ha viajado en el último mes? : No ( ) Sí ( )
Dentro del país, lugares visitados:
Fuera del país, países visitados:
Fecha de ingreso *(DD-MM-AAAA)*:_____

Dirección del paciente:
_____ _____ _____ _____
Provincia *Cantón* *Distrito* *Barrio – Caserío*

Otras señas: (Dirección exacta)

Lugar de trabajo: | Centro de estudio: | Teléfono celular y/o fijo:

Condición del paciente:
Hospitalizado: ( ) No ( ) Sí Servicio/especialidad_____
Consulta externa: ( ) No ( ) Sí Servicio/especialidad_____
Emergencias: ( ) No ( ) Sí Área funcional_____

Aislamiento: ( ) No ( ) Sí
Fallecido: ( ) Sí, indicar fecha de defunción: _____ *(DD-MM-AAAA)*

¿Está este caso asociado a un brote? ( ) No ( ) Sí ( ) Se desconoce ¿Es un contacto con paciente sintomático? ( ) No ( ) Sí

Hay otras personas con síntomas similares ( ) No ( ) Sí en: ( ) Casa ( ) Centro de estudio ( ) Trabajo ( ) Vecindario ( ) Otro Especifique: _____
En los últimos 5 días antes de la toma de muestra recibió tratamiento: ( ) No ( ) Sí: ( ) Antibióticos ( ) Antiparasitarios ( ) Antivirales Especifique:_____

Factores de riesgo y exposición

( ) Sin factor de riesgo
( ) Agua estancada o ríos
( ) Asma
( ) Cardiopatía
( ) Deporte aventura/ senderismo
( ) Diabetes
( ) Embarazo
( ) EPOC
( ) HTA
( ) Inmigración con paso por zonas selváticas
( ) Inmunosupresión
( ) Madre positiva por Chagas
( ) Madre positiva por Zika
( ) Obesidad mórbida
( ) Tabaquismo
( ) Trab. Agricultor/ peón
( ) Trab. Ganadería/ lechería
( ) Trab. Salud
( ) Trab. Veterinario
( ) Reside zona indígena
( ) Ventilación mecánica
( ) Zonas de inundación
( ) Zona con circulación del vector
( ) Otros: _____

Diagnóstico presuntivo

( ) Anglostrongilosis
( ) Ántrax
( ) Bronquiolitis
( ) Brucelosis
( ) Chikungunya
( ) Cólera
( ) COVID-19
( ) Dengue
( ) Ébola
( ) Enfermedad de Chagas
( ) Enfermedad de Hansen (lepra)
( ) Enfermedad diarreica aguda
( ) Enfermedad tipo influenza (ETI)
( ) Enterovirus
( ) Erlichiosis/anaplasma
( ) Fiebre amarilla
( ) Infección Respiratoria Aguda (IRA)
( ) Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)
( ) Influenza
( ) Intoxicación alimentaria
( ) Leishmaniasis
( ) Leptospirosis
( ) Malaria
( ) Mayaro
( ) Meningitis bacteriana
( ) Meningitis/encefalitis
( ) Micosis sistémica
( ) Micosis subcutánea
( ) Micosis superficial
( ) Neumonía/ Bronconeumonía
( ) Paperas
( ) Parálisis flácida aguda/ Síndr. Guillain-Barre
( ) Parvovirus
( ) Rickettsiosis
( ) Rubéola/SRC
( ) Sarampión
( ) Sepsis /septicemia
( ) Síndrome congénito asociado a Zika (SCS)
( ) Síndr. pulmonar por Hantavirus
( ) Tos ferina/Síndr. Tosferinoso
( ) Tuberculosis
( ) Varicela
( ) Virus del Nilo Occidental
( ) Zika / congénito
( ) Otro:_____

Signos y síntoma

Sintomático: ( ) No ( ) Sí *Indique,* Fecha de inicio de síntomas _____ *(DD-MM-AAAA)* y marque los signos/síntomas del paciente:

( ) Anomalía congénita del SNC
( ) Anomalía congénita ocular
( ) Apnea
( ) Artralgias/artritis/ edema periarticular
( ) Artrogriposis
( ) Ataxia y/o Síndr. Guillain Barre
( ) Aumento del hematocrito
( ) Celulitis
( ) Chagoma de inoculación
( ) Conjuntivitis
( ) Convulsiones
( ) Diarrea/Deposiciones acuosas
( ) Deposiciones muco-sanguinolentas
( ) Deshidratación
( ) Dificultad respiratoria
( ) Dolor abdominal
( ) Dolor de cabeza
( ) Dolor retro-ocular
( ) Eosinofilia ≥ 20 %
( ) Erupción/rash
( ) Escalofríos
( ) Fiebre
( ) Ictericia
( ) Insuficiencia cardiaca
( ) Leucopenia
( ) Mialgias
( ) Microcefalia
( ) Odinofagia
( ) Otitis
( ) Petequias
( ) Plaquetopenia
( ) Poliradiculoneuritis
( ) Prurito
( ) Shock
( ) Signo de Romaña
( ) Signos meníngeos
( ) Sordera neurosensorial
( ) Tos
( ) Úlcera en piel o mucosa
( ) Vómitos
( ) Otros: _____

Historia vacunal relacionada con el evento

Vacuna(s) relacionada(s) con el evento	Número de dosis	Fecha de última dosis *(DD-MM-AAAA)*
		____/____/_____
		____/____/_____

Datos de la(s) muestra (s) *(Completar en el laboratorio clínico que envía)*

N° de muestra o etiqueta con número de muestra	Tipo de muestra referida	Fecha de toma de la muestra (DD-MM-AAAA)

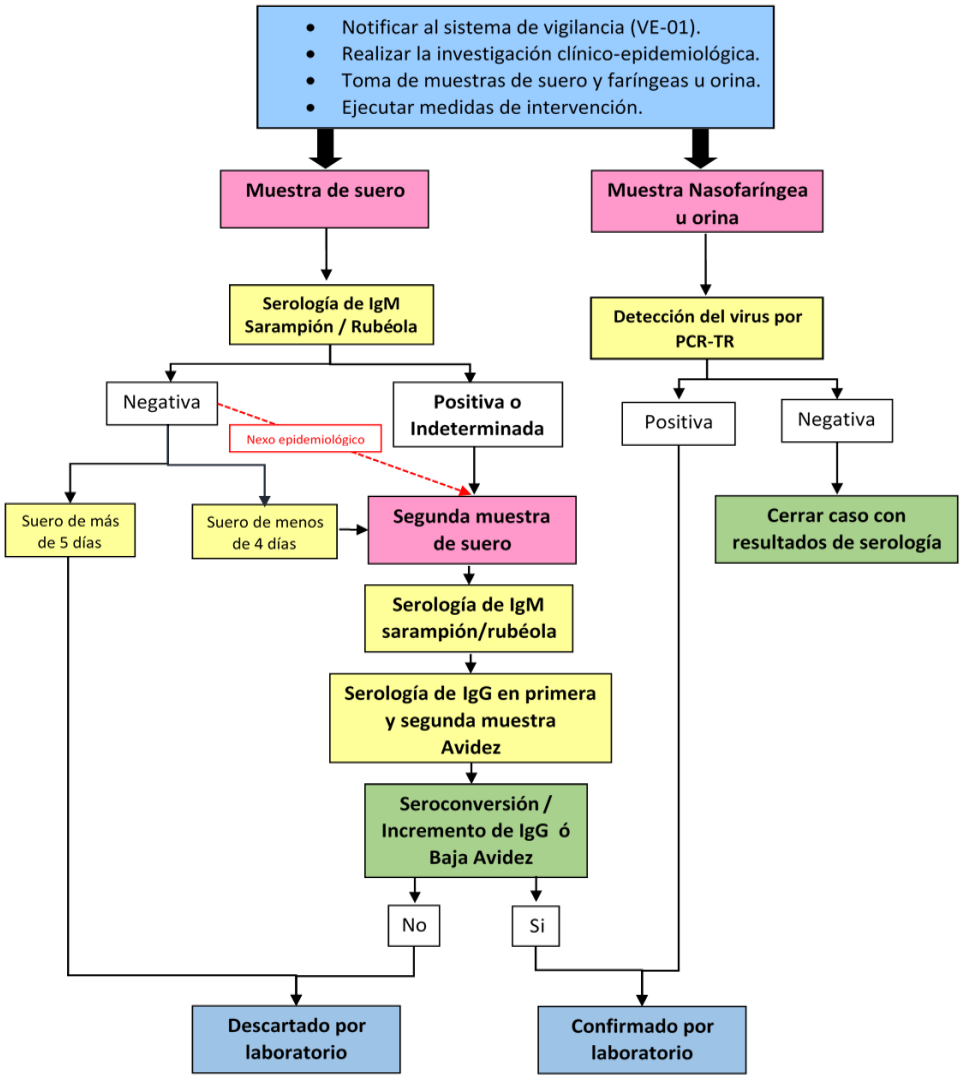
Observaciones:

*El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución**. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo con los procedimientos y plazos establecidos.*

Se distribuye como versión impresa no controlada
Cartago, Costa Rica.
Tel: (506) 2279-9911 Fax:(506) 2279-8175

Disponible en: https://www.Inciensa.sa.cr/Inciensa/Formularios.aspx

Anexo 5: Algoritmo de clasificación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola



Fuente: Centro Nacional de Referencia Virológica, Inciensa,2024.

Anexo 6: Diagnósticos diferenciales de las enfermedades febriles eruptivas.

Enfermedad	Sarampión	Rubéola	Dengue	Zika	Chikungunya	Eritema infeccioso	Roséola (exantema súbito)
Etiología	Virus del Sarampión	Virus de la Rubéola	Virus del Dengue serotipos 1 a 4	Virus del Zika	Virus del Chikungunya	Parvovirus Humano B 19	Herpes virus humano tipo 6
Periodo de incubación en días	7 a 21 días	12 a 23 días	3 a 14 días	2 a 7 días	4 a 7 días	4 a 14 días	5 a 15 días
Fiebre	Alta	Alta	Alta	Leve	Alta	Alta	Alta
Exantema Características Distribución Duración	Sí Maculopapular Cefalocaudal 4 a 7 días	Sí Maculopapular Cefalocaudal 3 a 5 días	Sí Maculopapular Centrifugo 3 a 5 días	Sí Maculopapular Cefalocaudal 1 a 2 días	Sí Maculopapular Centrifugo 1 a 2 días	Sí Maculopapular Cefalocaudal 5 a 10 días	Sí Maculopapular Tórax y abdomen 2 horas a días
Conjuntivitis	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Tos	Sí	No	No	No	No	No	No
Coriza	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No
Artralgia/ Mialgia	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Edema	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Adenopatías retroauriculares	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Leucopenia / Trombocitopenia	Sí	No	Sí	No	No	No	No

Fuente: Manual de Respuesta Rápida Nacional 2024.

Anexo 7: Indicadores de Vigilancia

Los indicadores de vigilancia son formulados por la OPS son el resultado de un consenso entre los expertos de los programas nacionales y los miembros del Grupo Técnico Asesor, con el fin de brindar apoyo en el análisis epidemiológico y la calidad de los sistemas de vigilancia. La aplicación de los indicadores ha permitido que la OPS y un grupo independiente de expertos hagan un seguimiento de la rendición de cuentas para lograr las metas regionales de eliminación y sostenibilidad. Por consiguiente, es aconsejable que los países utilicen ese conjunto de indicadores. En caso de que sea necesario hacer modificaciones debido a circunstancias epidemiológicas específicas o transitorias, los países deben documentar su uso e informar a la OPS- OMS.

Tabla 6. Indicadores de Vigilancia para Sarampión y Rubéola

Criterios	Indicador		Umbral Mínimo
Tasa de notificación	Tasa anual de casos sospechosos de sarampión y rubéola a nivel nacional.		≥ 2 por 100.000 habitantes
	Tasa anual de casos sospechosos de sarampión y rubéola a nivel subnacional (estado, provincia o nivel equivalente). En caso de que la unidad administrativa tenga una población < 100.000 habitantes, se espera que anualmente se notifique por lo menos 1 caso sospechoso		≥ 2 por 100.000 habitantes
Investigación adecuada	Caso sospechoso	Porcentaje de casos sospechosos con visita domiciliaria dentro de las 48 horas posteriores a la notificación. Porcentaje de casos sospechosos con 8 de los 11 datos siguientes: nombre o identificador, lugar de residencia, sexo, edad o fecha de nacimiento, fecha de la notificación, fecha de la investigación, fecha de inicio del exantema, fecha de la obtención de muestras, presencia de fiebre, fecha de la vacunación previa contra el sarampión y la rubéola, antecedentes de viajes.	≥ 80%
	Caso confirmado	Porcentaje de casos confirmados con rastreo de contactos durante 30 días	≥ 80%
Confirmación por laboratorio (muestras adecuadas)	Porcentaje de casos sospechosos con muestras de sangre recolectadas dentro de los 30 días posteriores al inicio del exantema.		≥ 80%
	Porcentaje de muestras enviadas al laboratorio en 5 días o menos de recolectada la muestra.		≥ 80%
	Los laboratorios deben recibir al menos uno de los siguientes tipos de muestras para realizar pruebas virológicas:		

	a) Porcentaje de casos sospechosos con muestras respiratorias recolectadas entre 7 y 14 días después del inicio del exantema; b) Porcentaje de casos sospechosos con muestras de orina recolectadas entre 7 y 10 días después del inicio del exantema.	≥ 80%
Confirmación por laboratorio (pruebas adecuadas)	Porcentaje de casos sospechosos con muestra de sangre adecuada analizada en un laboratorio competente.	≥ 80%
	Porcentaje de resultados de laboratorio reportado en 4 días o menos después de la llegada al laboratorio de referencia.	≥ 80%
Detección de virus	Porcentaje de brotes con información sobre el genotipo del virus.	≥ 80%

Fuente: Marco Regional para el Monitoreo y la Reverificación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola y el SRC en la Región de las Américas, 2022

En el caso de que no se cumplan las metas vinculadas a los indicadores o el desempeño no sea homogéneo a nivel subnacional, deben proporcionarse datos complementarios que hagan posible evaluar la calidad del sistema de vigilancia. En esa evaluación debe incluirse la detección y la caracterización de las zonas en las que no se notifican casos, las comunidades de alto riesgo, las zonas en las que hay circulación endémica de enfermedades arbovirales y las zonas en las que se registran coberturas de vacunación bajas.

Anexo 8: Formato Informe de Caso



Ministerio de Salud -Caja Costarricense de Seguro Social- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud	
Dirección de Vigilancia de la salud	*Informe de brote*

Fecha:
Elaborado por:

Título: Informe de

Introducción:

Objetivo:

Metodología:

Resumen de descripción del caso

Ruta de desplazamiento de caso:

Hallazgos de Laboratorio

Datos epidemiológicos relevantes:

Coberturas de vacunación:

Acciones realizadas (MS-CCSS-Inciensa)

Contacto para consultas

Bibliografía:

Anexo 9. Búsquedas activas

Búsqueda Activa Institucional (BAI)

Se realizará utilizando como fuente de información datos electrónicos o físicos en los diferentes servicios de los establecimientos de salud, donde se pueda revisar y consultar los casos sospechosos. Realizar una BAI por semestre (2 al año).

Metodología de la Búsqueda Activa Institucional

Metodología de la Búsqueda Activa Institucional



Se realizará considerando los últimos 30 días retrospectivamente desde la fecha de inicio de la actividad, para reportar al sistema de vigilancia para llenar, si corresponde la boleta VE-01, la ficha de investigación, acciones de prevención y control, y la toma de muestra de suero en pacientes con inicio de exantema de no mayor a 30 días (Anexo 12).

Una vez ubicados y revisados el universo de los diagnósticos (total de atenciones por morbilidad), se procederá a filtrar únicamente los diagnósticos diferenciales específicos.

Tabla 7: Diagnósticos diferenciales y códigos CIE-10

Diagnóstico	Código CIE-10
Sarampión	B05.0<>B05.9
Rubéola	B06.0<>B06.9
Dengue	A90-A91
Zika	A92.8
Chikungunya	A92.0
Roséola (Exantema Súbito)	B08.2
Eritema Infeccioso	B08.3
Escarlatina	A38.0

Fuente: Elaboración propia. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2024

Actividades para la BAI

- Identificación de casos con base en la definición de caso.
- Solicitar la Historia Clínica específica de los registros compatibles con la definición de caso:

  - Correlacionar los nombres de los pacientes en el que se encontró el diagnóstico diferencial compatible con los casos notificados en el sistema de vigilancia epidemiológica en la herramienta informática o expediente.
  - Si el paciente identificado, se encuentra notificado e ingresado al sistema de vigilancia, continuar con la búsqueda.
  - Si el paciente identificado no se encuentra notificado, se procederá a solicitar la historia clínica única del paciente. Comparar e identificar los registros nominales (es decir que sean coincidentes los nombres del paciente en la historia clínica con el del registro).
  - Hacer una revisión de la historia clínica, con un reconocimiento inicial de la sintomatología al ingreso.
  - Si la sintomatología al ingreso no es compatible con la definición de caso, indagar sobre los signos y síntomas y si estos no se correlacionan desestimar este paciente como caso sospechoso.
  - Si la sintomatología al ingreso es compatible con los criterios de definición de caso para el evento se revisará la historia clínica, con énfasis a la fecha de inicio de síntomas (fiebre y exantema), completar la FIE, revisar que se tomó muestra, de lo contrario completar boletas y coordinar la toma de muestra.
  - Si se identifica que se tomó muestra específica para los eventos en búsqueda, se revisa los resultados y se adjuntan a la documentación del BAI.
  - Si no se tomó la muestra y el paciente no se encuentra en los tiempos para toma (búsqueda muy tardía), se registrará el caso únicamente en el formulario de BAI. Para este no existirá proceso de notificación ni investigación ni cierre.
  - Todo caso descartado como dengue y sin diagnóstico por laboratorio o que genere sospecha con fiebre y exantema, se debe revisar y analizar la historia clínica, viajes, contactos y seguir con lo escrito anteriormente.

Figura 3: Formulario de Búsqueda Activa Institucional

MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULARIO BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE CASOS SOSPECHOSOS DE _____

FECHA: DÍA____MES_____AÑO_____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

Nombre de la Institución: Institución: Pública___ Privada___

Región:

Área:

Teléfono: Correo electrónico:

¿Han registrado casos? Sí___No___ En el último mes___ En los últimos 3 meses___ Otro período_____

N°___ N°___

SERVICIO REVISADO	SI	NO	Nº diagnósticos revisados	Nº casos sospechosos encontrados	Nº casos sospechosos investigados
EMERGENCIAS					
CONSULTA EXTERNA					
HOSPITALIZACIÓN					
OTROS:					
TOTAL					





CASOS SOSPECHOSOS INVESTIGADOS EN LA BAI **RESIDENCIA**

Nombre completo	Apellido 1	Apellido 2	Provincia	Cantón	Distrito	Correo	Teléfono	Fecha Inicio Síntomas	Diagnóstico al revisar el expediente	Cuenta con Ficha de Investigación	Se completó la FI	FIEBRE (Fecha de inicio)	EXANTEMA(Fecha de inicio)	Síntomas respiratorios	Tiempo desde el inicio de síntomas hasta	Toma de muestra en la investigación	Tipo de muestra
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			
										SI__NO__	SI__NO__			SI__NO__			

Fuente: Elaboración propia. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2024

Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)

Es la búsqueda de casos en la comunidad de casos sospechosos o que no son detectados por el sistema rutinario de vigilancia, mediante entrevistas a mayores de edad (padres de familia o tutores, líderes comunales, y otros actores sociales) en los lugares de residencia o sus casas.

El equipo designado acude a la comunidad para realizar una búsqueda intencional de casos, este tipo de actividad no reemplaza a la vigilancia pasiva rutinaria, porque no garantiza la notificación oportuna de casos.

Metodología de la Búsqueda Activa Comunitaria



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2024

Los cantones para el BAC deben cumplir una de las siguientes condiciones:

- Resultados de mediano y alto riesgo en la herramienta de análisis de riesgo nacional.

-Cantones con silencio epidemiológico o incumplimiento de la tasa de notificación.

-Cantones con coberturas de vacunación <80%.

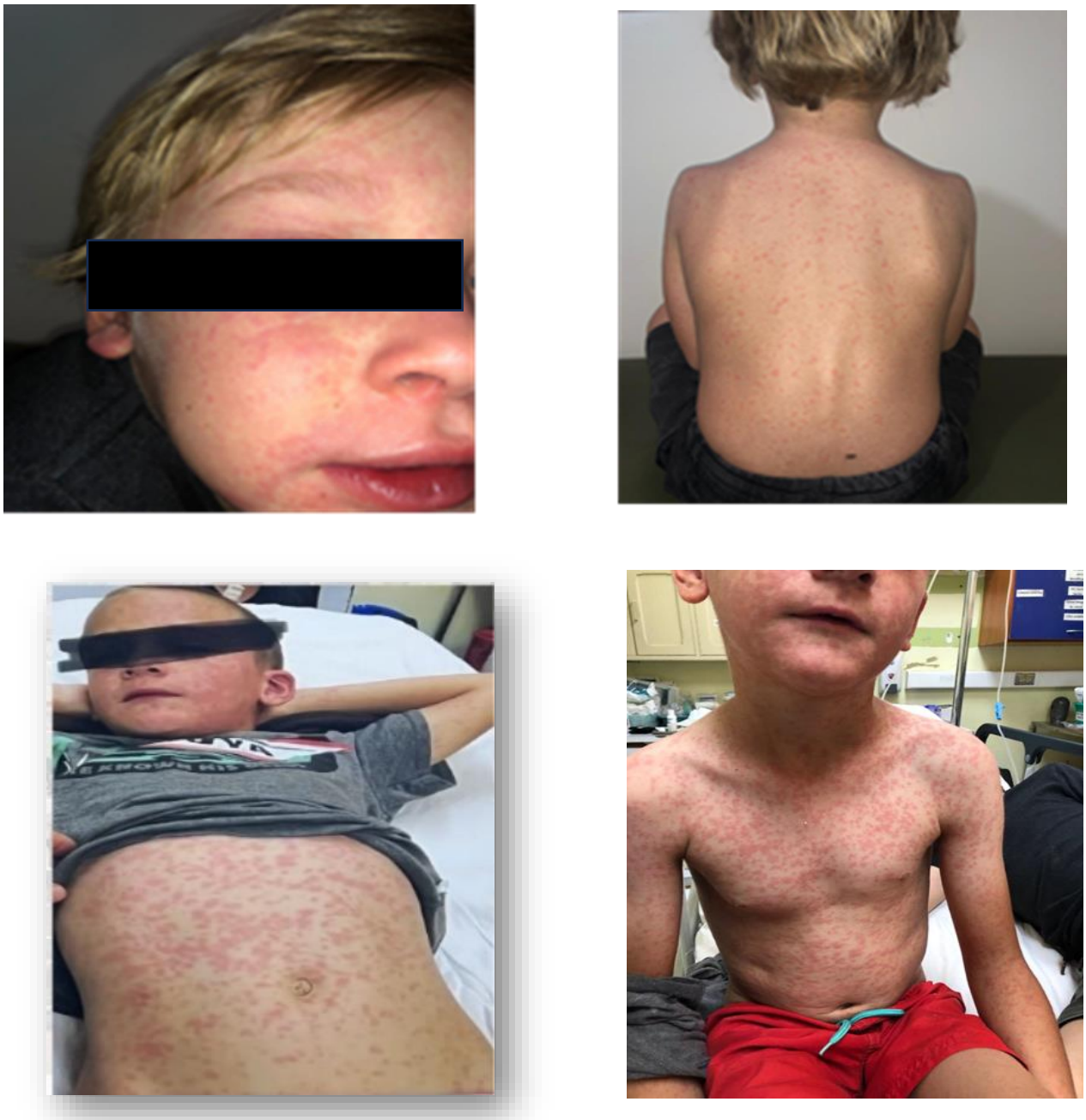
- En situación de brote.

Metodología

1. El encargado de vigilancia del Ministerio de Salud de cada cantón de riesgo debe de coordinar con el encargado de vigilancia epidemiológica del Área de Salud de la CCSS que se encarga de atender a la población de ese cantón.
2. Los encargados CCSS y Ministerio de Salud deben seleccionar una localidad o barrio para realizar el BAC.
3. Se deben de planificar todas las actividades para poder realizar el BAC participando todos los involucrados según responda (CILOVE, COLOVE, Dirección Médica, etc).

4. Los BAC se realizarán en un día o se debe ampliar el plazo según se requiera para abarcar la localidad o cubrir la mayor cantidad de casas designadas.
5. Se debe realizar las visitas casa a casa (se pueden apoyar con mapas o croquis).
6. Al visitar la casa se entrevista solamente adultos, se pregunta si alguna persona en los últimos 30 días ha presentado signos o síntomas de sarampión o rubéola (utilizar imágenes del exantema).

Figura 4: Imagen de lesiones maculopapulares en un caso de sarampión.



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

7. Se debe de contar con la documentación mínima (matrices para el llenado de la información, llevar boletas de laboratorio, boletas VE01 y Fichas de Investigación de casos de sarampión-rubéola, para que las mismas sean utilizadas en caso de ser necesario. Si se detecta alguna persona, se genera la VE-01, se completa la FIE, se genera orden sanitaria por parte del Ministerio de Salud, se coordina la toma de muestras con el área de salud correspondiente y se envían al Inciensa para descartar o confirmar por laboratorio el caso.

8. Al finalizar el BAC, se debe de regresar al lugar de partida y el coordinador realizar un cierre de la actividad, resumiendo los resultados encontrados y los elementos de retroalimentación de los participantes a la actividad. El informe de la actividad se debe enviar al Área de Salud del Ministerio de Salud y esta a los niveles regional y nacional. La CCSS debe enviar en el informe según el flujo establecido.

9. Las hojas de recolección de los datos deben contar con la siguiente información.

Figura 5: Formulario de Búsquedas Activas Comunitarias.



RESULTADOS DE LAS VISITAS DEL BAC

Región CCSS:_____ **Región MS:** _____
Area de Salud CCSS:_____ **Área de Salud MS:**_____
Sector:_____
Comunidad: _____
Nombre de los encargados del BAC: _____

# de Visita (No incluye lotes, ni iglesias ni establecimientos)	Efectividad (Casa Efectiva, no efectiva, Cerrada deshabitada)	Nombre del Informante	Cantidad de personas en la casa o establecimiento	Hay alguien que cumpla con definición de caso (sarampión/rubéola -Polio)	Nombre de quien cumple definición	Observaciones
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Cuadro resumen de la actividad de BAC

1-Total de viviendas recorridas	
2-Total de viviendas efectivas	
3-Total de personas interrogadas	
4-Total de personas en el BAC	
5-Total de personas con definiciones de caso Sarampión	
6-Total de personas con definiciones de caso Polio	

Anexo 10. Órdenes Sanitarias para casos de Sarampión y Rubéola

Orden Sanitaria para aislamiento de persona menor de edad

MINISTERIO DE SALUD
AREA RECTORA DE SALUD DE _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____@misalud.go.cr

ORDEN SANITARIA N.º_____

(aislamiento de persona menor)

A: _____
Nombre **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

Cédula o Pasaporte: _____. Cargo: Padre o encargado de persona menor sospechosa de sarampión.
Dirección: _____.
Sita en: _____.

Fecha:	Plazo: **Inmediato**	Vence: Indefinido	

Con base en la notificación obligatoria emitida el día de hoy en VE 01 de los casos sospechosos de Sarampión del menor: _____, y la consecuente activación de la alerta de Reglamento Sanitario Internacional, debido a la importancia que revisten a estos casos sospechosos de portar una enfermedad inmunoprevenible, eliminada en el país, que pone en riesgo a la población, **SE LE ORDENA**:

1. Proceder al acatamiento de las recomendaciones sanitarias que la autoridad de salud considere pertinente para el **aislamiento del menor: _____, y de todos los contactos directos** que viven en el hogar. Se ordena el aislamiento de todo el grupo familiar, deben mantenerse en el hogar citado, a partir de esta notificación.
2. Proceder a obedecer las indicaciones de las autoridades de salud respecto a la vacunación de todos los contactos directos que viven en la misma casa.
3. Colaborar de inmediato con las autoridades facilitando la información referente posible que pudiera haber iniciado la transmisión de la enfermedad en estudio.

La presente ordenanza sanitaria se emite con el fin de proteger y salvaguardar las personas menores antes citadas, así como la salud pública, y se fundamenta en los artículos 1-2-4-7-161-262-263-276-293-294-344-355-367 de la Ley No. 5395 "Ley General de Salud"; 1, 2, 3, 10, 11 y siguientes de la Ley No. 8111 "Ley Nacional de Vacunación"; 1, 2, 3 y siguientes de la Ley No. 5412 "Ley Orgánica Del Ministerio De Salud"; el Protocolo de vigilancia de Sarampión y Rubéola, el Reglamento Sanitario Internacional, el Decreto ejecutivo No. 40255-S del 23 de febrero de 2017, y la Ley No. 7739 "Código de la Niñez y la Adolescencia".

El incumplimiento dará motivo para tramitar la denuncia ante las autoridades judiciales correspondientes por Desobediencia a la Autoridad de Salud según artículo 314 del Código Penal lo cual se reprime con seis meses a tres años de prisión. Igualmente se pondrá en conocimiento de esta situación a las autoridades del Patronato Nacional de la Infancia.

Notificada a las____horas, del día____de _____ del año_____.

_____
Nombre y firma del Director (a) de Área Rectora de Salud

_____ _____
Nombre, firma y número de cédula del Notificador Nombre, firma de la persona notificada

De conformidad con los artículos 60 y siguientes de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, con relación a la presente orden sanitaria, procede interponer los Recursos de Revocatoria con Apelación en Subsidio dentro de los 5 días hábiles contados a partir de la notificación. El recurso podrá ser interpuesto ante la oficina del Área Rectora de Salud, la Revocatoria será resuelta por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud, y de ser necesario, la Apelación será resuelta por el Ministro de Salud. Se previene que conforme lo disponen las normas 61 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y 148 de la Ley General de la Administración Pública, la sola presentación del recurso no suspende los efectos del acto, por lo que éste proseguirá su ejecución en tanto no haya resolución expresa en contrario.

Orden Sanitaria para aislamiento de persona mayor de edad

MINISTERIO DE SALUD
AREA RECTORA DE SALUD DE _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____@misalud.go.cr

ORDEN SANITARIA Nº_____
(aislamiento de persona mayor)

A: _____
Nombre **Primer Apellido** **Segundo Apellido**
Cédula o Pasaporte: _____.
Dirección: _____.
Sita en: _____.

Fecha:	Plazo: **Inmediato**	Vence: Indefinido	

Con base en la notificación obligatoria emitida el día de hoy en VE 01 de los casos sospechosos de y la consecuente activación de la alerta de Reglamento Sanitario Internacional, debido a la importancia que revisten a estos casos sospechosos de portar una enfermedad inmunoprevenible, eliminada en el país, que pone en riesgo a la población, **SE LE ORDENA**:

1. Proceder al acatamiento de las recomendaciones sanitarias que la autoridad de salud considere pertinente para **su aislamiento y de todos los contactos directos** que viven en el hogar. Se ordena el aislamiento de todo el grupo familiar, deben mantenerse en el hogar citado, a partir de esta notificación.
2. Proceder a obedecer las indicaciones de las autoridades de salud respecto a la vacunación de todos los contactos directos que viven en la misma casa.
3. Colaborar de inmediato con las autoridades facilitando la información referente posible que pudiera haber iniciado la transmisión de la enfermedad en estudio.

La presente ordenanza sanitaria se emite con el fin de proteger y salvaguardar la salud pública, y se fundamenta en los artículos 1-2-4-7-161-262-263-276-293-294-344-355-367 de la Ley No. 5395 "Ley General de Salud"; 1, 2, 3, 10, 11 y siguientes de la Ley No. 8111 "Ley Nacional de Vacunación"; 1, 2, 3 y siguientes de la Ley No. 5412 "Ley Orgánica del Ministerio de Salud"; el Protocolo de vigilancia de Sarampión y Rubéola, y el Reglamento Sanitario Internacional.

El incumplimiento dará motivo para tramitar la denuncia ante las autoridades judiciales correspondientes por Desobediencia a la Autoridad de Salud según artículo 314 del Código Penal lo cual se reprime con seis meses a tres años de prisión.

Notificada a las____horas, del día____de _____ del año_____.

_____
Nombre y firma del Director (a) de Área Rectora de Salud

Nombre, firma y número de cédula del Notificador

Nombre, firma de la persona notificada

De conformidad con los artículos 60 y siguientes de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, con relación a la presente orden sanitaria, procede interponer los Recursos de Revocatoria con Apelación en Subsidio dentro de los 5 días hábiles contados a partir de la notificación. El recurso podrá ser interpuesto ante la oficina del Área Rectora de Salud, la Revocatoria será resuelta por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud, y de ser necesario, la Apelación será resuelta por el Ministro de Salud. Se previene que conforme lo disponen las normas 61 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y 148 de la Ley General de la Administración Pública, la sola presentación del recurso no suspende los efectos del acto, por lo que éste proseguirá su ejecución en tanto no haya resolución expresa en contrario.

Orden Sanitaria para vacunación de persona menor de edad

MINISTERIO DE SALUD
AREA RECTORA DE SALUD DE _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____@misalud.go.cr

ORDEN SANITARIA Nº_____
(persona menor carente de vacuna)

A:_____ _____
Nombre **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

Cédula o Pasaporte: _____. Cargo: Padre o encargado del menor carente de vacuna.
Dirección: _____.
Sita en:_____.

Fecha:	Plazo: **Inmediato**	Vence: Indefinido	

De conformidad con la Ley No. 8111 "Ley Nacional de Vacunación", son obligatorias las vacunaciones contra las enfermedades cuando lo estime necesario la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Estas vacunas aprobadas se refieren al esquema básico oficial que se aplique a toda la población, y a las vacunas para esquemas especiales dirigidos a grupos de riesgo específicos. El carné oficial de salud del niño y la niña es instrumento idóneo para el registro, el control y la aplicación de vacunas para las personas menores. Esta tarjeta será de uso obligado para los fines de prevención de enfermedades e inmunización contra ellas.

Revisado el carné de salud del menor: _____, se determinó que no ha sido vacunado contra: _____.

Por lo anterior, debido a la importancia que revisten estos casos sospechosos de portar una enfermedad inmunoprevenible, que pone en riesgo al menor y a la misma población, **SE LE ORDENA**:

1. Proceder al acatamiento de las recomendaciones sanitarias que la autoridad de salud considere pertinente para la vacunación inmediata de la persona menor: _____.
2. Proceder a obedecer las indicaciones de las autoridades de salud respecto a la vacunación de todos los contactos directos que viven en la misma casa.
3. Colaborar de inmediato con las autoridades facilitando la información referente posible que pudiera haber iniciado la transmisión de la enfermedad en estudio.

La presente ordenanza sanitaria se emite con el fin de proteger y salvaguardar las personas menores antes citadas, así como la salud pública, y se fundamenta en los artículos 1-2-4-7-161-262-263-276-293-294-344-355-367 de la Ley No. 5395 "Ley General de Salud"; 1, 2, 3, 10, 11 y siguientes de la Ley No. 8111 "Ley Nacional de Vacunación"; 1, 2, 3 y siguientes de la Ley No. 5412 "Ley Orgánica del Ministerio de Salud"; el Protocolo de vigilancia de Sarampión y Rubéola, el Reglamento Sanitario Internacional, el Decreto Ejecutivo No. 40255-S del 23 de febrero de 2017, y la Ley No. 7739 "Código de la Niñez y la Adolescencia".

El incumplimiento dará motivo para tramitar la denuncia ante las autoridades judiciales correspondientes por Desobediencia a la Autoridad de Salud según artículo 314 del Código Penal lo cual se reprime con seis meses a tres años de prisión. Igualmente se pondrá en conocimiento de esta situación a las autoridades del Patronato Nacional de la Infancia.

Notificada a las____horas, del día___de _____ del año__ _____.

_____
Nombre y firma del Director (a) de Área Rectora de Salud

Nombre, firma y número de cédula del Notificador

Nombre, firma de la persona notificada

De conformidad con los artículos 60 y siguientes de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, con relación a la presente orden sanitaria, procede interponer los Recursos de Revocatoria con Apelación en Subsidio dentro de los 5 días hábiles contados a partir de la notificación. El recurso podrá ser interpuesto ante la oficina del Área Rectora de Salud, la Revocatoria será resuelta por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud, y de ser necesario, la Apelación será resuelta por el Ministro de Salud. Se previene que conforme lo disponen las normas 61 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y 148 de la Ley General de la Administración Pública, la sola presentación del recurso no suspende los efectos del acto, por lo que éste proseguirá su ejecución en tanto no haya resolución expresa en contrario.

Orden Sanitaria para vacunación de persona mayor de edad

MINISTERIO DE SALUD
AREA RECTORA DE SALUD DE _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____@misalud.go.cr

ORDEN SANITARIA Nº _____
(persona mayor carente de vacuna)

A:_____
Nombre **Primer Apellido** **Segundo Apellido**
Cédula o Pasaporte: _____.
Dirección: _____.
Sita en: _____.

Fecha:	Plazo: **Inmediato**	Vence: Indefinido	

De conformidad con la Ley No. 8111 "Ley Nacional de Vacunación", son obligatorias las vacunaciones contra las enfermedades cuando lo estime necesario la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Estas vacunas aprobadas se refieren al esquema básico oficial que se aplique a toda la población, y a las vacunas para esquemas especiales dirigidos a grupos de riesgo específicos. El carné oficial de salud del niño y la niña es instrumento idóneo para el registro, el control y la aplicación de vacunas para las personas menores. Esta tarjeta será de uso obligado para los fines de prevención de enfermedades e inmunización contra ellas.

Se determinó que usted no ha sido vacunado contra: _____.

Por lo anterior, debido a la importancia que revisten estos casos sospechosos de portar una enfermedad inmunoprevenible, que pone en riesgo su salud y su vida y a la misma población, **SE LE ORDENA**:

1. Proceder al acatamiento de las recomendaciones sanitarias que la autoridad de salud considere pertinente para su vacunación inmediata.
2. Proceder a obedecer las indicaciones de las autoridades de salud respecto a la vacunación de todos los contactos directos que viven en la misma casa.
3. Colaborar de inmediato con las autoridades facilitando la información referente posible que pudiera haber iniciado la transmisión de la enfermedad en estudio.

La presente ordenanza sanitaria se emite con el fin de proteger y salvaguardar las personas menores antes citadas, así como la salud pública, y se fundamenta en los artículos 1-2-4-7-161-262-263-276-293-294-344-355-367 de la Ley No. 5395 "Ley General de Salud"; 1, 2, 3, 10, 11 y siguientes de la Ley No. 8111 "Ley Nacional de Vacunación"; 1, 2, 3 y siguientes de la Ley No. 5412 "Ley Orgánica del Ministerio de Salud"; el Protocolo de vigilancia de Sarampión y Rubéola, el Reglamento Sanitario Internacional.

El incumplimiento dará motivo para tramitar la denuncia ante las autoridades judiciales correspondientes por Desobediencia a la Autoridad de Salud según artículo 314 del Código Penal lo cual se reprime con seis meses a tres años de prisión.

Notificada a las____horas, del día _____ de _____ del año _____

_____
Nombre y firma del Director (a) de Área Rectora de Salud

Nombre, firma y número de cédula del Notificador

Nombre, firma de la persona notificada

De conformidad con los artículos 60 y siguientes de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, con relación a la presente orden sanitaria, procede interponer los Recursos de Revocatoria con Apelación en Subsidio dentro de los 5 días hábiles contados a partir de la notificación. El recurso podrá ser interpuesto ante la oficina del Área Rectora de Salud, la Revocatoria será resuelta por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud, y de ser necesario, la Apelación será resuelta por el Ministro de Salud. Se previene que conforme lo disponen las normas 61 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y 148 de la Ley General de la Administración Pública, la sola presentación del recurso no suspende los efectos del acto, por lo que éste proseguirá su ejecución en tanto no haya resolución expresa en contrario.

Anexo 11. Aislamiento

Para estos eventos de transmisión aérea se deben seguir las siguientes recomendaciones:

-Instaurar un aislamiento con medidas de protección respiratorias para aerosoles o gotitas (partículas menores a 5 micras), las cuales corresponden a contar siempre con el cuarto cerrado, bien ventilado o con presión negativa, uso del respirador N95 y lavado de manos.

-En caso de realizarse algún procedimiento o contacto estrecho con el paciente, deberá asegurarse cumplir con todas las medidas de bioseguridad para contacto (uso de bata, guantes, N95 y lavado de manos).

-Toda persona que ingrese al recinto debe reportarse a la estación de enfermería antes de ingresar.
El empleo de anteojos depende del riesgo de contacto con fluidos corporales del paciente.

-En el aislamiento domiciliar el caso sospechoso deberá usar mascarilla quirúrgica al salir del cuarto o al ser contactado por personal de salud y familia, igualmente debe permanecer en una habitación exclusiva, ventilada y con la puerta cerrada.

Anexo 12. Aspectos de la Vacunación

En el Artículo N°150, se establece la obligatoriedad de la vacunación y la revacunación de las enfermedades transmisibles que el Ministerio determine, donde solamente tienen excepción ciertos casos por razón médica. La Ley de Vacunación N°8111 vigente desde el 2001, indica que la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología es la entidad autorizada para emitir criterios sobre conveniencia de la obligatoriedad de las vacunas.

Datos del Ministerio de Salud (2022) indican que el país figura entre los países con esquemas de vacunación más completos en todo el mundo, porque se ha logrado una aplicación sistemática de amplia cobertura y el acceso universal a los servicios de salud ha permitido cumplir con las metas sanitarias y sostenerlas a través del tiempo, aportando al bienestar de la población y garantizando el derecho a la salud.

La vacunación de Sarampión y Rubéola en el país se hace con la vacuna triple viral SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas) cuya edad de aplicación es al año y tres meses, con un refuerzo a los 4 años por la vía de administración subcutánea en el brazo. Lo anterior ha permitido que el país cumpla con las coberturas recomendadas por la OMS en los últimos cinco años, alcanzando en su mayoría un porcentaje mayor al 95%.

Cobertura de vacunación homogénea: cuando se alcanzan coberturas de vacunación uniformes iguales o mayores al 95% en el nivel local (cantón y establecimientos de salud) y por edades simples en la población objetivo. Es un criterio de calidad de la vacunación, optimizando la productividad de los recursos para alcanzar mayores niveles de cobertura con más equidad.