

ORIENTACIONES PARA LA BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDO AGUDO, SARAMPIÓN Y RUBÉOLA



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

ORIENTACIONES PARA LA BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA, SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

Washington, D.C., 2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola

ISBN: 978-92-75-32890-3 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32891-0 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328903>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

CIM/2024



Índice

Agradecimientos	v
Abreviaciones	vi
Introducción	1
Capítulo 1. Aspectos generales de la búsqueda activa	3
1. ¿Qué es la búsqueda activa?	3
2. ¿Cuáles son los tipos de búsqueda?	5
3. ¿En qué escenarios epidemiológicos se aplica la búsqueda activa?	6
4. ¿Cómo se seleccionan los municipios a intervenir?	7
5. ¿Quién implementa la búsqueda activa?	8
Capítulo 2. Metodología de la búsqueda activa institucional	9
Paso 1. Mapeo y selección de los establecimientos de salud	9
Paso 2. Organización	10
Paso 3. Planificación	10
Paso 4. Implementación	11
Paso 5. Elaboración de un plan de intervención	14
Capítulo 3. Metodología de la búsqueda activa comunitaria	15
Paso 1. Selección de las manzanas y casas a visitar	15
Paso 2. Organización y planificación	16
Paso 3. Entrevista al informante	17
Paso 4. Investigación de los casos	18
Capítulo 4. Resultados esperados	19
1. Análisis general de los datos	19
2. Análisis individual para parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola	20
3. Clasificación final de los casos	20

4. Elaboración del informe	21
Referencias	22
Anexos	23
Anexo 1. Definiciones operativas y diagnósticos diferenciales de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola	23
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos para la búsqueda activa de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola	26
Anexo 3. Formato para el informe de la búsqueda activa	33
Anexo 4. Consolidación de los resultados de las búsquedas activas institucionales para casos probables de parálisis flácida aguda y sospechosos de sarampión y rubéola	36
Anexo 5. Definiciones operativas y diagnósticos diferenciales de otras enfermedades prevenibles por vacunación	38
Anexo 6. Instrumento de recolección de datos para la búsqueda activa de otras enfermedades prevenibles por vacunación	43
Glosario	49



Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce el compromiso de los trabajadores de la salud de los países de la Región de las Américas, quienes han implementado la búsqueda activa en sus territorios como una estrategia para complementar la vigilancia de rutina e identificar oportunidades de mejora de la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Pamela Bravo-Alcántara y Mirta Magariños redactaron el presente documento. Se agradecen las valiosas revisiones y contribuciones realizadas por los siguientes profesionales (en orden alfabético): Emilia Caín, Regina Durón, Desiree Pastor, Gloria Rey-Benito, Carlos Torres, Martha Velandia y Álvaro Whittembury, todos del Programa Especial Integral de Inmunización (CIM, por su sigla en inglés) de la OPS.

Se agradece especialmente a Gloria Rey-Benito por la coordinación y supervisión técnica de estas directrices, y a Daniel Salas Peraza, Gerente Ejecutivo del CIM, por su apoyo en la publicación final.



Abreviaciones

BAI	búsqueda activa institucional
BAC	búsqueda activa comunitaria
BAL	búsqueda activa por laboratorio
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión)
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión)
EPV	enfermedades prevenibles por vacunación
PFA	parálisis flácida aguda



Introducción

La búsqueda activa es un instrumento de control de calidad de la vigilancia epidemiológica de rutina, pues permite detectar casos de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que, por cualquier razón, pueden o no haber sido notificados al sistema (1). Tradicionalmente, la búsqueda activa se ha implementado de forma individual para documentar la ausencia o presencia de casos de parálisis flácida aguda (PFA), sarampión y rubéola durante la vigilancia de rutina o ante la presencia de brotes.

La búsqueda activa no sustituye la vigilancia de rutina en el territorio porque no permite una notificación oportuna de los casos. Su implementación contribuye a identificar oportunidades de mejora en los niveles locales con el objetivo de incrementar la detección y notificación de los casos al sistema de vigilancia del país.

En este sentido, el propósito de esta publicación es brindar orientaciones técnicas e instrumentos de recolección de datos para realizar la búsqueda activa integral de PFA, sarampión y rubéola a nivel institucional (establecimientos de salud) y comunitario. La implementación conjunta de la búsqueda activa para estas tres enfermedades pretende lograr una sinergia de los recursos humanos y financieros, tomando en cuenta las consideraciones específicas de cada enfermedad.

La presente publicación está dirigida a los profesionales de la salud de los niveles nacionales y subnacionales que son responsables de organizar e implementar la búsqueda activa en los establecimientos de salud y la comunidad, incluyendo el análisis de sus resultados y la elaboración del informe.

La publicación presenta, en los anexos, los diagnósticos diferenciales e instrumentos de recolección de datos para otras enfermedades prevenibles por vacunación como difteria, tétanos, tétanos neonatal y tos ferina, en caso de que el país tenga interés en incluir alguna de estas enfermedades durante la implementación de la búsqueda activa (véase el [recuadro 1](#)).

Esta publicación fue elaborada a partir de la experiencia de los países de la Región de las Américas en la implementación de la búsqueda activa y permanece flexible para ser adaptada a la realidad de cada país y al escenario epidemiológico de las enfermedades objeto de vigilancia.

Recuadro 1. Decidir qué enfermedades prevenibles por vacunación deben ser integradas a la búsqueda activa de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola

Esta publicación presenta las definiciones operativas y los diagnósticos diferenciales de difteria, tétanos, tétanos neonatal y tos ferina. Para decidir cuáles de estas enfermedades pueden ser integradas a la búsqueda activa, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- El contexto epidemiológico de estas enfermedades en el país o el área donde se harán las búsquedas activas de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Por ejemplo, ¿hay brotes epidémicos de alguna de estas enfermedades (como difteria)? ¿Cuál es el objetivo de implementar la búsqueda activa? ¿Para qué serán utilizados los resultados?
- La superposición en la población objetivo, los establecimientos de salud por visitar y los aspectos logísticos.
- Los aspectos financieros y de recursos humanos adicionales, si se hace la integración.

Aspectos generales de la búsqueda activa

1. ¿Qué es la búsqueda activa?

La búsqueda activa de casos de PFA, sarampión y rubéola es una estrategia de vigilancia activa realizada en los establecimientos de salud (búsqueda activa institucional [BAI]), en las comunidades (búsqueda activa comunitaria [BAC]), y en los laboratorios (búsqueda activa por laboratorio [BAL]) para documentar la ausencia o presencia de casos de estas enfermedades e identificar oportunidades para mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica de las EPV.

En este tipo de vigilancia, el equipo de salud acude a la fuente de información (por ejemplo, el registro de egresos hospitalarios) para realizar una **búsqueda retrospectiva e intencional** de casos, con el objetivo de identificar aquellos que cumplen con la definición de caso sospechoso o probable para estas enfermedades, y que, por diversos motivos, no fueron captados por el sistema de vigilancia de rutina. Los casos identificados en la búsqueda activa deben ser notificados, investigados y clasificados de acuerdo con las definiciones de caso recomendadas para la vigilancia de estas enfermedades (véase la [figura 1](#)).

El nivel administrativo para implementar la búsqueda activa debe ser el municipio. En las ciudades grandes o capitales (por ejemplo, Ciudad de México, Rio de Janeiro y Bogotá, entre otras), sus localidades (o equivalentes) reemplazan el nivel municipal.

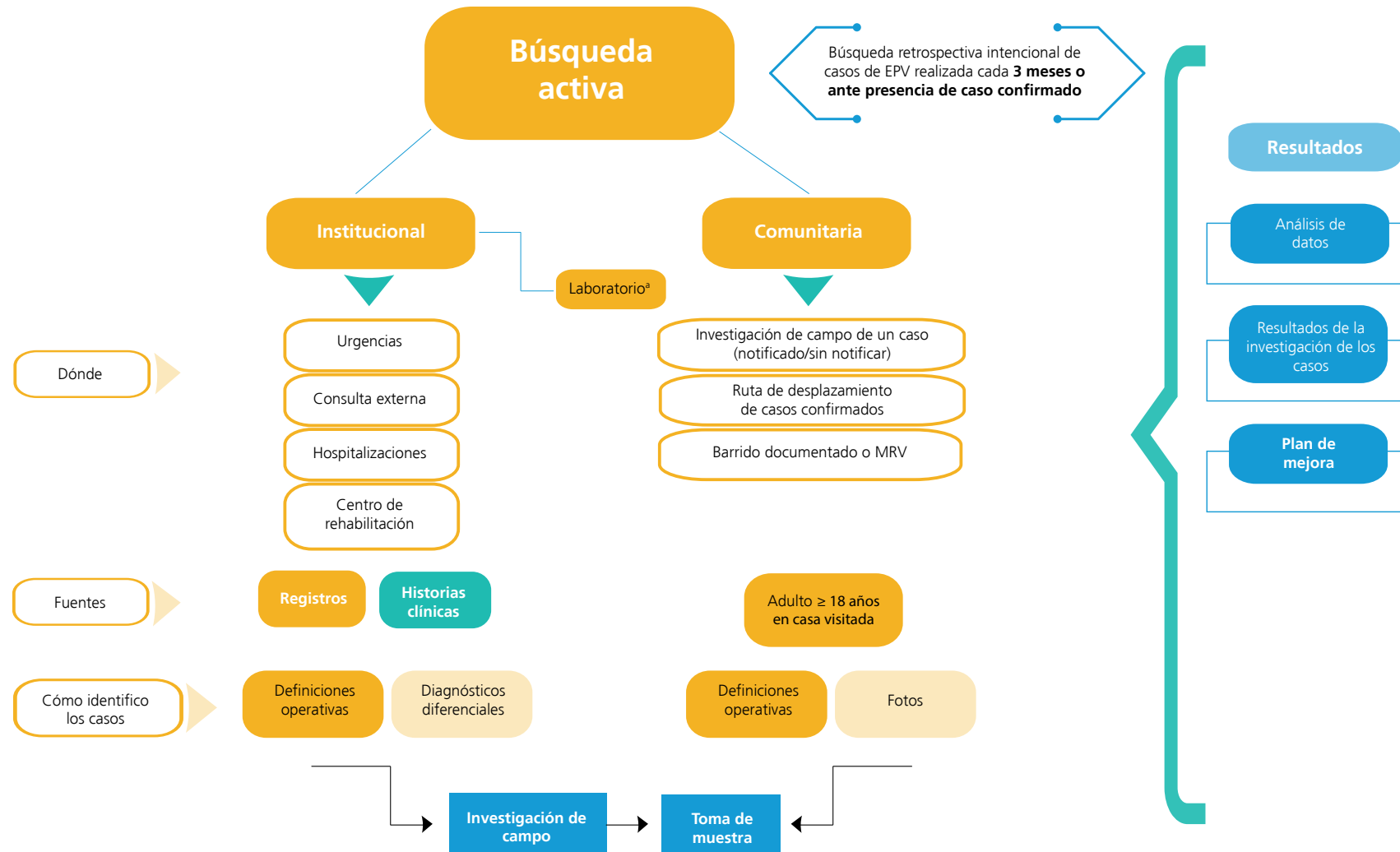
Se recomienda que la búsqueda activa de casos se realice **por lo menos cada tres meses** para evitar un cúmulo excesivo de historias clínicas para revisar y poder identificar posibles debilidades en la detección y notificación oportuna de los casos (1). Sin embargo, el país puede definir una periodicidad más corta, por ejemplo, una vez al mes.

IMPORTANTE



Este tipo de vigilancia no reemplaza a la vigilancia pasiva rutinaria de las EPV, porque no garantiza la notificación oportuna de casos. Los resultados de la búsqueda activa deben apoyar la implementación de actividades para la mejora del sistema de vigilancia de rutina.

Figura 1. Mapa conceptual de la búsqueda activa para enfermedades prevenibles por vacunación



Nota:

^a Para más información, véase el documento: Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>.

2. ¿Cuáles son los tipos de búsqueda activa?

Como se explicó, existen tres tipos de búsqueda activa:

- **BAI:** revisión sistemática de historias clínicas en establecimientos de salud públicos y privados, realizada retrospectivamente y en un período determinado, dependiendo de la EPV que se esté investigando (véase el [cuadro 1](#)).
- **BAC:** búsqueda intencionada de casos en la comunidad, realizada retrospectivamente y en un período determinado, dependiendo de la EPV en investigación. Este tipo de búsqueda activa se diferencia de la búsqueda basada en la comunidad, la cual está a cargo de miembros de la comunidad entrenados para notificar al sistema de vigilancia la presencia de casos sospechosos o probables en su comunidad (2).
- **BAL:** búsqueda en laboratorio de casos en muestras obtenidas para la vigilancia de otras enfermedades. En varios países de la Región, la BAL se realiza en sueros obtenidos para la vigilancia del dengue u otras enfermedades arbovirales que presentan exantema como parte del cuadro clínico. Este tipo de búsqueda se realiza para sarampión y rubéola por la similitud entre sus características clínicas y las de las enfermedades por arbovirosis, lo que permite evitar el enmascaramiento de casos de sarampión o rubéola. El laboratorio debe mantener un registro de esta actividad y revisar periódicamente los datos consolidados con el epidemiólogo responsable del sistema de vigilancia de las EPV. En el documento [Orientaciones sobre pruebas del sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas](#) se describe la metodología de esta búsqueda activa por laboratorio.

IMPORTANTE



La búsqueda activa comunitaria se implementa juntamente con otras actividades de salud como la vacunación y los monitoreos rápidos de vacunación, entre otras. En zonas de difícil acceso, la búsqueda comunitaria debe realizarse de forma periódica. Por último, se recomienda realizar esta búsqueda teniendo en cuenta los horarios en que la mayoría de las personas se encuentran en sus casas.

Cuadro 1. Período de revisión de historias clínicas en la búsqueda activa institucional, según la enfermedad prevenible por vacunación objeto de investigación

Enfermedad prevenible por vacunación bajo investigación	Período de revisión	¿Por qué?
Parálisis flácida aguda	Últimos tres meses a partir de la fecha de la visita al establecimiento de salud.	Se tiene mayor oportunidad para reaccionar, se disminuye el sesgo de memoria y se fortalece el concepto de hacer de la búsqueda activa una actividad periódica.
Sarampión y rubéola	Últimos 30 días retrospectivamente desde la fecha de inicio del exantema del caso sospechoso.	Se utiliza un período de 30 días para obtener una muestra adecuada de suero en el caso identificado, para que el diagnóstico del laboratorio sea de confirmación o de descarte.

Fuente: elaboración propia sobre la base del Programa Especial Integral de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud.

3. ¿En qué escenarios epidemiológicos se aplica la búsqueda activa?

Se recomienda implementar la búsqueda activa en los siguientes escenarios:

- **Vigilancia de rutina**, orientada a verificar la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de PFA, sarampión y rubéola, documentando las evidencias sobre la presencia o ausencia de casos en áreas de riesgo priorizadas o con silencio epidemiológico (sin notificación de casos sospechosos al sistema de vigilancia).
- **Durante un brote**, como un mecanismo que permite:
 - Identificar casos primarios y cadenas de transmisión.
 - Identificar casos secundarios no detectados en la vigilancia de rutina.
 - Documentar la ausencia de casos de EPV en áreas “silenciosas”, donde la vigilancia de rutina no notificó ningún caso.
 - Fortalecer la vigilancia epidemiológica, como parte de las actividades de respuesta a un brote.
- **Luego de un brote**, con el propósito de documentar la ausencia de casos sospechosos para **el cierre de un brote de sarampión o rubéola**. En este caso, la búsqueda debe efectuarse luego de que transcurran 12 semanas (tres meses) desde la fecha de inicio del exantema del último caso confirmado (3-5).

IMPORTANTE



¿Por qué se define un período de 12 semanas para sarampión o rubéola?

Esperar 12 semanas luego de la fecha de inicio del exantema del último caso confirmado permite: a) confirmar o descartar por laboratorio los casos adicionales que se hayan identificado entre los contactos del último caso confirmado, y b) investigar y clasificar los casos sospechosos que se hayan identificado en la búsqueda activa institucional, comunitaria y de laboratorio (5).

4. ¿Cómo se seleccionan los municipios donde intervenir?

La selección de los municipios (o áreas) puede realizarse con base en:

- Los resultados del análisis de riesgo para poliomielitis, sarampión y rubéola. El país debe seleccionar aquellos municipios en alto riesgo para el componente de vigilancia epidemiológica.
- Si no fuera posible realizar el análisis de riesgo, se seleccionarán los municipios y/o áreas donde se cumpla alguna de las condiciones siguientes:
 - Silencio epidemiológico en el último año calendario.
 - Incumplimiento de la tasa de notificación anual para PFA¹, sarampión y rubéola² en el último año calendario.
- Los lugares y localidades por donde se desplazó un caso confirmado durante el período de transmisibilidad de la EPV bajo investigación.

Una vez seleccionados los municipios, es necesario emplear los siguientes **criterios de priorización**, que refieren a **eventos ocurridos** en el último año calendario. La presencia de un solo criterio equivale a un punto. Se prioriza el municipio que acumula el mayor puntaje (puntaje máximo: 8 puntos) (6).

1. Presencia de población migrante (temporal, en tránsito o permanente), población interna desplazada, barrios marginales o comunidades indígenas.
2. Presencia de una elevada afluencia de turistas o destinos de ecoturismo.
3. Presencia de calamidades o desastres.
4. Acceso limitado a los servicios de salud debido a problemas de topografía o de transporte.
5. Presencia de zonas con alto tránsito urbano, carreteras importantes o zonas limítrofes con grandes urbes.
6. Presencia de comunidades fronterizas.
7. Presencia de lugares con actividades multitudinarias (por ejemplo, comercio, ferias, mercados, eventos deportivos o eventos religiosos).
8. Presencia de zonas con bajas coberturas de vacunación en los últimos cinco años.

Por último, para la selección final deben considerarse aspectos logísticos como la distancia, el transporte, los recursos humanos disponibles y las condiciones de seguridad.

¹ Tasa de notificación anual: >1 caso probable por 100 000 menores de 15 años.

² Tasa de notificación anual: >2 casos sospechosos por 100 000 habitantes.

5. ¿Quién implementa la búsqueda activa?

La búsqueda activa debe ser realizada **por el personal de salud del establecimiento de salud seleccionado**, con el apoyo de un equipo de salud multidisciplinario conformado por profesionales de las áreas de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, atención primaria de la salud y laboratorio de los diferentes niveles del sistema de salud. En situaciones de brote, los integrantes de los equipos de respuesta rápida pueden coordinar y participar de la búsqueda activa.

Recuadro 2. Uso de la supervisión para la búsqueda activa

Se recomienda que la búsqueda activa sea supervisada (en modalidad capacitante) desde el nivel nacional o subnacional a los niveles locales para asegurar la calidad de la búsqueda activa. Durante la supervisión, los equipos corroboran la implementación de la búsqueda activa según las orientaciones técnicas emitidas, y evalúan y documentan las soluciones adoptadas frente a las dificultades. Los equipos también capacitan a los recursos humanos en aspectos de vigilancia epidemiológica. La supervisión debe ser, además, intencionada, es decir que debe dirigirse a las zonas de mayor riesgo. Debe ser periódica y puede implementarse de forma conjunta con las acciones de vacunación para realizar una sinergia de los recursos logísticos, como el transporte.

Metodología de la búsqueda activa institucional

Paso 1. Mapeo y selección de los establecimientos de salud

Dentro de este paso, se incluyen las siguientes actividades:

- Caracterizar la búsqueda de atención de salud que hace la población en el municipio seleccionado según los diferentes niveles de atención disponibles (atención primaria, hospitales, urgencias médicas y centros o consultorios privados, entre otros). Esta caracterización servirá para conocer el comportamiento y las preferencias de la población con relación a la atención médica, según sus condiciones sociodemográficas.
- Elaborar un listado de los establecimientos de salud públicos y privados que están en funcionamiento en el municipio, y especificar el nivel de complejidad y las especialidades que cada uno reúne. Este listado permitirá conocer la totalidad de establecimientos existentes en el municipio seleccionado.
- Seleccionar los establecimientos de salud públicos y privados según la presencia de al menos uno de estos criterios:
 - Establecimientos de salud de atención primaria con la mayor cantidad de población beneficiaria.
 - Establecimientos de salud con servicios de urgencia de mayor cobertura.
 - Para PFA, incluir centros de rehabilitación, clínicas especializadas y otros establecimientos similares.
 - Establecimientos de salud que no hayan notificado ningún caso sospechoso de EPV durante los últimos 12 meses.
 - Establecimientos de salud en áreas de difícil acceso.
 - Establecimientos de salud que atiendan poblaciones de alto riesgo de infección con EPV (por ejemplo, migrantes, refugiados y residentes de áreas transfronterizas, entre otras).

Paso 2. Organización

Entre las actividades relacionadas con la organización, se destacan las siguientes:

- Asegurar la disponibilidad de las definiciones operativas y los diagnósticos diferenciales para PFA, sarampión y rubéola según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima o undécima revisión (CIE-10 o CIE-11, respectivamente), que se utiliza en los establecimientos de salud (véase el [anexo 1](#)).³
- Adaptar los instrumentos para la recolección de datos según la organización del sistema de salud del país.
- Conformar un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de epidemiología, profesionales de medicina general y responsables del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
- Entrenar a los integrantes de este equipo en la metodología, los instrumentos para la recolección de datos y el análisis de resultados para mantener el estándar de la búsqueda activa.
- Activar a la unidad de análisis del Ministerio de Salud y/o del comité externo (integrado por miembros de los comités nacionales para poliomielitis, y sarampión y rubéola) para la clasificación de los casos especiales (por ejemplo, los que no contaron con muestras para laboratorio).

Paso 3. Planificación

Básicamente, la planificación incluye las siguientes acciones:

- Sostener una reunión de coordinación con los responsables de los establecimientos de salud seleccionados para informar sobre los objetivos y la metodología de la búsqueda activa. El personal del establecimiento de salud debe participar de la búsqueda activa, especialmente los responsables de las áreas de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones y estadística. Si no es posible organizar esta reunión, se debe informar sobre la actividad al director del establecimiento de salud.
- Elaborar un cronograma para la búsqueda activa, considerando las necesidades de desplazamiento.
- Establecer un presupuesto para la implementación de esta actividad en todos los niveles de ejecución.

IMPORTANTE



Durante la planificación de la BAI, se debe utilizar todos los diagnósticos diferenciales para cada evento listados en el Anexo 1.

³ Para consultar los códigos de la CIE-10 y la CIE-11 utilizados en esta publicación, véanse, respectivamente, los siguientes enlaces: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#> y <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>.

Paso 4. Implementación

Las tareas de implementación comprenden cinco diferentes etapas que, a su vez, incluyen diferentes actividades. Tales son:

1. Identificar las fuentes de información

Determinar todas las fuentes de información en cada uno de los puntos de atención de los establecimientos de salud, de acuerdo con el flujo de atención de pacientes. Dichas fuentes, son las siguientes que pueden ser en formato impreso o electrónico:

- Registro diario de morbilidad.
- Registros de servicios de urgencias, consultas externas, pediatría y medicina interna, entre otras especialidades.
- Registro de egresos hospitalarios.
- Otros registros que el país considere importante incluir.

2. Seleccionar las historias clínicas

- Solicitar los **registros físicos** (libros o cuadernos) ó electrónicos disponibles en el establecimiento de salud para identificar los diagnósticos diferenciales de PFA, sarampión y rubéola que se presentaron durante el período definido para la búsqueda activa. En caso de disponer de un **registro electrónico**, se debe realizar un filtrado automático de los diagnósticos diferenciales según los códigos CIE-10 o CIE-11 que se empleen en el establecimiento de salud (véase el [anexo 1](#)).
- Seleccionar las historias clínicas compatibles con los diagnósticos diferenciales y registrarlos según el instrumento para la recolección de datos (véanse los cuadros del [anexo 2](#)).
- Compilar una lista de todos los casos sospechosos o probables de EPV.

IMPORTANTE



Si no hay registro electrónico ni se encuentra anotado el diagnóstico en la historia clínica, la búsqueda activa debe hacerse revisando en dicha historia los signos y síntomas que forman parte de la definición de caso sospechoso o probable de la enfermedad.

3. Revisar y registrar los datos

- Revisar en cada historia clínica los signos y síntomas para evaluar si el caso identificado cumple con la definición de caso sospechoso o probable y/o de diagnóstico diferencial.
- Si los casos disponen de muestras para diagnóstico de laboratorio, se deben revisar los informes de resultados. Asimismo, si se cuenta con una alícuota de muestra en el laboratorio, se puede solicitar que la envíen al laboratorio nacional de referencia para su procesamiento, en caso de considerarlo pertinente.
- Verificar si los casos identificados en la búsqueda activa fueron notificados al sistema de vigilancia de rutina.
- Verificar si los casos identificados y notificados al sistema de vigilancia fueron investigados y tienen una clasificación final.
- Registrar los diagnósticos revisados en los casos identificados para cada EPV (véanse los cuadros A2.2 y A2.3 en el anexo 2).
- Consolidar los hallazgos para cada EPV según el establecimiento de salud donde se realizó la búsqueda activa (véase el cuadro A2.4 en el anexo 2).

4. Entrevistar a los trabajadores de salud

Para todos los casos encontrados en las historias clínicas y que no fueron notificados a través de la vigilancia de rutina, se necesita preguntar y capacitar al trabajador de salud del servicio correspondiente sobre los temas siguientes:

- Las definiciones de “caso probable de PFA” y “caso sospechoso de sarampión y rubéola”.
- El flujo de notificación de los casos probables y sospechosos.
- La posibilidad de que se hayan presentado otros casos probables y sospechosos durante el período de búsqueda.

Es importante aprovechar el proceso de búsqueda activa para reforzar la importancia de estos conceptos con todos los trabajadores de la salud relacionados con las actividades de vigilancia epidemiológica.

5. Investigar los casos

- Si el caso sospechoso o probable no fue notificado al sistema de vigilancia, será necesario llenar la ficha de notificación.
- Programar la investigación de campo y la obtención de muestras, cuando corresponda. Para los **casos probables de PFA**, la muestra adecuada de heces debe obtenerse dentro de los 14 días desde el inicio de la parálisis; sin embargo, es posible extender dicho plazo hasta antes de cumplidos los 60 días desde el inicio de la parálisis (véase el cuadro 2). Para los casos sospechosos de **sarampión y rubéola**, la muestra de suero debe obtenerse dentro de los 30 días desde el inicio del exantema (véase el cuadro 3).⁴
- Durante la investigación de campo de los casos probables o sospechosos identificados, se implementa la BAC y se puede considerar complementar con acciones de vacunación con todos los antígenos para completar los esquemas de vacunación.

⁴ Para más información, accédase al documento: Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>.

Cuadro 2. Estudio de casos de parálisis flácida aguda encontrados durante la búsqueda activa, según la fecha de inicio de la parálisis

Inicio de parálisis: ≤ 14 días	Inicio de parálisis: > 14 días y < 60 días	Inicio de parálisis: ≥ 60 días y ≤ 6 meses	Inicio de parálisis: > 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> Realizar investigación del caso de PFA Recolectar muestras de heces 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar la información en “Casos de PFA no registrados” Realizar la investigación del caso de PFA Recolectar muestras de heces Adicionalmente, realizar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolección de muestras de contactos de PFA ✓ Seguimiento a los 60 días 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar la información en “Casos de PFA no registrados” Realizar investigación del caso de PFA No recolectar muestras de heces en casos de PFA con > 60 días desde el inicio de la parálisis, incluyendo a sus contactos Realizar el seguimiento para la valoración de las secuelas 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar la información en “Casos de PFA no registrados” No realizar la investigación del caso de PFA No recolectar muestras de heces en casos de PFA con > 6 meses desde el inicio de la parálisis, incluyendo a sus contactos Realizar la valoración de las secuelas

PFA: parálisis flácida aguda.

Fuente: adaptado de Organización Mundial de la Salud. Every Last Child. Global guidelines for acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376603/9789240089662-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Cuadro 3. Tipo de muestras y período de recolección según los días transcurridos desde la aparición del exantema maculopapular en casos sospechosos de sarampión y rubéola

Muestra	Inicio del período de recolección	Fin del período de recolección
Muestra 1: serología (sangre)	Al primer contacto del caso sospechoso con el personal de salud.	Hasta 30 días a partir del inicio del exantema (ideal: dentro de los primeros 7 días).
Muestra 2: hisopado nasofaríngeo, faríngeo o nasal	Primer día del inicio del exantema.	Hasta 14 días a partir del inicio del exantema (ideal: dentro de los primeros 7 días).
Muestra 3: orina	Primer día del inicio del exantema.	Hasta 10 días a partir del inicio del exantema (ideal: dentro de los primeros 7 días).

Fuente: adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34932/9789275319970_spa.pdf?sequence=14&isAllowed=y.

La obtención adecuada de muestras respiratorias y de orina permite aislar el virus, o detectar la presencia del genoma viral y mejorar la clasificación de los casos, especialmente cuando las pruebas serológicas no son concluyentes.

Paso 5. Elaboración de un plan de intervención

Se debe calcular la proporción de casos sospechosos y probables de EPV encontrados en la búsqueda activa que no fueron notificados al sistema de vigilancia de rutina. Si el porcentaje de casos sin notificar es mayor que el 50%, el establecimiento de salud tiene que elaborar un plan para mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia durante el año en curso.

El análisis de los resultados, la clasificación final de casos y la elaboración del informe se verá en el capítulo “Resultados esperados”.

Metodología de la búsqueda activa comunitaria

Paso 1. Selección de las manzanas y casas por visitar

Una adecuada selección de las manzanas y las casas por visitar debe incluir las siguientes acciones:

- Si la BAC es parte de la vigilancia de rutina, se seleccionan las manzanas (o equivalentes) y casas dentro del **área de influencia del establecimiento de salud donde se realizó la BAI**. Para la selección de las manzanas y casas se puede utilizar la metodología de monitoreos rápidos de vacunación o cualquier otro mecanismo similar que esté estandarizado. En el “Módulo 3: Monitoreo de coberturas en el campo” de las [Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública \(7\)](#), se encuentra la metodología para seleccionar las manzanas y casas. La selección de casas en zonas de difícil acceso se debe hacer de manera discrecional, considerando las necesidades de desplazamiento del equipo. También es posible seleccionar casas que sean objeto de otras intervenciones de salud (por ejemplo, desparasitación).
- Si la BAC es parte de la investigación de un caso confirmado de EPV, la búsqueda debe iniciarse en la casa o el barrio de residencia del caso. Luego, se seleccionan –como mínimo– todas las casas existentes en un perímetro de cinco manzanas alrededor del hogar del caso confirmado (es decir, la manzana del caso confirmado y las cuatro que la rodean). También se seleccionan las casas o instituciones (por ejemplo, escuelas) en función a la ruta de desplazamiento del caso confirmado. Para poliomielitis, se debe considerar el escenario epidemiológico y la evaluación de riesgo virológico según se describe en los [Procedimientos operativos estándar: respuesta a un evento o brote de poliovirus \(2\)](#).

IMPORTANTE



Para implementar la búsqueda activa comunitaria, se deben considerar otros espacios de reunión de la comunidad, como parroquias, escuelas y comedores populares, entre otros.

Paso 2. Organización y planificación

Para esta etapa, es recomendable tener en cuenta las siguientes definiciones y actividades:

- El mismo equipo responsable de la BAI puede hacerse cargo de la BAC. También es posible que los equipos a cargo del monitoreo rápido de vacunación o de otra iniciativa de salud asuman la implementación de esta actividad.
- Asegurar la disponibilidad de las definiciones operativas para PFA, sarampión y rubéola. En el [cuadro 4](#) se presenta la adaptación de dichas definiciones para la búsqueda activa comunitaria.
- Adaptar los instrumentos para la recolección de datos.
- Entrenar a los equipos de salud que participarán de la BAC en el uso de los instrumentos para la recolección de datos y materiales gráficos (por ejemplo, fotos), así como en el procedimiento adecuado para realizar la entrevista al informante.
- Elaborar un presupuesto para la implementación de esta actividad, considerando los aspectos logísticos.

Cuadro 4. Adaptación de las definiciones de “caso probable” y “caso sospechoso” para la búsqueda activa comunitaria

Enfermedad prevenible por vacunación bajo investigación	Definición comunitaria ^a	Fin período de recolección
Poliomielitis	Menores de 15 años con dificultad para mover alguna parte del cuerpo (por ejemplo, cuando un niño que camina, se sienta, gatea, tiene fuerza en manos y las piernas y sonríe, deja de hacerlo de manera repentina).	Últimos tres meses a partir de la fecha de la visita ^b o del inicio de la parálisis del caso de PFA.
Sarampión y rubéola	Cualquier persona con calentura o fiebre y erupciones generalizadas en la cara y el cuerpo.	Últimos 30 días a partir de la fecha de inicio del exantema del caso identificado ^c o de la fecha de la visita.

Nota:

^a Las definiciones comunitarias deben adaptarse al lenguaje local.

^b El período de búsqueda puede extenderse según el riesgo virológico como se describe a continuación: Organización Mundial de la Salud. Procedimientos operativos estándar: respuesta a un evento o brote de poliovirus. Versión 4. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/12/OBR-SOP-20231201-SP.pdf>.

^c Puede tratarse de un “caso sospechoso” que haya sido identificado durante la búsqueda activa institucional y esté siendo investigado en el terreno, o de un “caso confirmado” que haya sido notificado al sistema de vigilancia de rutina.

PFA: parálisis flácida aguda.

Paso 3. Entrevista al informante

El equipo responsable de la BAC debe visitar todas las casas de la zona seleccionada y realizar las siguientes acciones:

- Cuando en la vivienda atiende un adulto, el equipo debe presentarse e identificarse. Si no es así, se debe solicitar la presencia de alguien que tenga 18 o más años de edad.
- Explicar con claridad el objetivo de la visita y mostrar los contenidos de los materiales informativos de casos de EPV, con fotos impresas o en versión digital.
- Si no hay un adulto presente durante la visita, el equipo debe registrar la casa como **vivienda no efectiva** y pasar a la próxima seleccionada. Si la persona de la casa no acepta responder, es necesario agradecer, retirarse y registrar el hogar como **vivienda renuente**. Si la casa está abandonada o desocupada, se registra como **vivienda cerrada**. Todo debe quedar asentado en una bitácora.
- El responsable del establecimiento de salud debe volver a **las viviendas no efectivas** por lo menos **una vez más**, en un horario en el que sea factible encontrar a un adulto.
- Preguntar al adulto si sabe de la existencia de casos de PFA, sarampión o rubéola durante los últimos 3 meses o 30 días, según la EPV que se esté investigando (utilizar las definiciones para la BAC del [cuadro 4](#)).
- Antes de retirarse, el equipo debe corroborar y verificar la información en aquellas personas que presentaron algunos de los síntomas descritos para determinar si se trata de un caso probable o sospechoso.
- Por último, cuando exista un caso probable o sospechoso, se obtendrán muestras para el diagnóstico por laboratorio.
- El equipo usará los cuadros [A2.5](#) y [A2.6](#) del [anexo 2](#).

Por otra parte, cuando se realice la BAC en instituciones comunitarias, se debe registrar la siguiente información:

- Nombre y dirección de la institución visitada.
- Nombre y apellido del entrevistado.
- Número de personas convocadas.
- Número de casos sospechosos identificados.
- Número de casos sospechosos visitados en el domicilio a los que se les tomó una muestra.

IMPORTANTE



En las comunidades donde corresponda (por ejemplo, poblaciones indígenas), antes de comenzar con las actividades se debe tener una reunión con el líder comunitario para explicar los objetivos de la búsqueda y consensuar la manera de implementarla.

Paso 4: Investigación de los casos

La investigación de los casos comprende una serie de acciones, a saber:

- Verificar si el caso identificado durante la BAC cumple con la definición de caso probable de PFA o de caso sospechoso para sarampión y rubéola.
- Si el caso identificado no fue notificado al sistema de vigilancia, se debe llenar la ficha de notificación.
- Obtener las muestras para el diagnóstico por laboratorio, considerando los tiempos estipulados para PFA, y sarampión y rubéola (véanse los cuadros 2 y 3).

El análisis de los resultados, la clasificación final de los casos y la elaboración del informe se verá en el capítulo “Resultados esperados”, debido a que se trata de temas comunes para los dos tipos de búsqueda activa.

IMPORTANTE



En municipios con silencio epidemiológico y poca población (menos de 100 000 habitantes y/o menos de 100 000 menores de 15 años), se recomienda implementar la búsqueda activa comunitaria para documentar la presencia o ausencia de casos de sarampión y rubéola, y parálisis flácida aguda.

Resultados esperados

1. Análisis general de los datos

De la información utilizada para la selección de los municipios y establecimientos de salud, así como de la registrada en el cuadro [A2.4](#) del [anexo 2](#) para la BAI, se obtienen las siguientes salidas:

- Número total de municipios clasificados como de alto riesgo para EPV.
- Número total de establecimientos de salud en el municipio (o área) seleccionado.
- Número de establecimientos de salud incluidos por municipio (o área) seleccionado.
- Número de establecimientos incluidos por nivel de atención y por especialidad (urgencias, hospitalización y consulta externa).
- Número de atenciones médicas desagregado por especialidad (urgencias, hospitalización y consulta externa).
- Número de historias clínicas revisadas por EPV.
- Número de diagnósticos diferenciales revisados en los establecimientos de salud desagregado por EPV.

De la información recabada en el cuadro [A2.6](#) (en el [anexo 2](#)) para la búsqueda activa comunitaria, se obtienen las siguientes salidas:

- Número de comunidades visitadas.
- Número de viviendas visitadas.
- Número de instituciones comunitarias visitadas.
- Número de personas entrevistadas.

2. Análisis individual para parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola

De la información asentada en los cuadros [A2.4 \(BAI\)](#) y [A2.6 \(BAC\)](#) del anexo 2 se obtienen las siguientes salidas, que deben hacerse de forma individual para PFA y sarampión y rubéola, a nivel nacional, subnacional o municipal.

- Número de casos sospechosos o probables identificados.
- Número y porcentaje de casos identificados **notificados**.
- Número y porcentaje de casos identificados **sin notificación**.
- Número y porcentaje de casos identificados notificados con muestra (esta información se obtiene del sistema de vigilancia de rutina).
- Número y porcentaje de casos identificados **sin notificación, en los que se pudo obtener la muestra**.

De la investigación de campo de los casos identificados **sin notificación**, se obtienen las siguientes salidas:

- Número de casos con visita domiciliaria por EPV.
- Número de casos con obtención de muestra por EPV.
- Número y porcentaje de casos probables y confirmados para poliomielitis.
- Número y porcentaje de casos sospechosos y confirmados para sarampión o rubéola.
- Número y porcentaje de casos descartados según criterios y por EPV.

Una vez sistematizados los datos recopilados, que debe consolidarse en un informe, se recomienda identificar y documentar las lecciones aprendidas en el proceso de búsqueda activa y su aplicación como buenas prácticas en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

3. Clasificación de los casos

Todos los casos identificados en la búsqueda activa e investigados sobre el terreno (visitas domiciliarias) deben ser clasificados según los criterios para confirmación o descarte. Para ello, es importante analizar y triangular las evidencias clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de cada caso. Por lo general, la unidad de análisis que conforman los responsables de vigilancia, inmunización y laboratorio es la encargada de esta clasificación final.

Si el caso presenta desafíos para su clasificación (por ejemplo, casos con un resultado inicial de IgM positivo o indeterminado, o con parálisis flácida aguda y sin muestra, entre otros), el Ministerio debe solicitar la ayuda de un comité externo, que puede estar integrado por los miembros de los comités nacionales para poliomielitis, sarampión y rubéola. Este comité se encargará de revisar las evidencias recolectadas y establecer la clasificación final del caso.

En los anexos 6 y 7 del documento [Orientaciones sobre pruebas del sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas](#) se presentan algoritmos para apoyar la clasificación de los casos especiales de sarampión o rubeola.

4. Elaboración del informe

Los hallazgos deben consolidarse en un informe, el cual debe ser realizado a nivel subnacional y nacional, y contener la siguiente información:

1. Metodología y criterios empleados para la selección de los municipios y establecimientos de salud donde se implementaron búsquedas activas.
2. Sistematización de los resultados según las salidas presentadas en el capítulo “Resultados esperados”. Se debe incluir la descripción de los criterios utilizados para descartar los casos.
3. Triangulación de los resultados de las búsquedas activas. La triangulación de los resultados se debe hacer con los datos de la vigilancia de rutina, las características de riesgo de los municipios y áreas donde se hayan implementado dichas búsquedas, y las coberturas de vacunación, entre otros.
4. Medidas de intervención para el control de la transmisión frente a casos confirmados, cuando corresponda.
5. Plan para mejorar el sistema de vigilancia de PFA y sarampión y rubéola. El plan debe tener acciones a corto y mediano plazo, que deben ser monitoreadas durante la supervisión capacitante.
6. Conclusiones.

En el anexo 3 se encuentra un formato de informe.

En el [anexo 4](#) se presenta un **flujograma** para consolidar los resultados de la BAI, el cual debe ser incorporado en el informe. Este flujograma debe ser llenado por cada evento (PFA, sarampión y rubéola).

Los anexos 5 y 6 presentan diagnósticos diferenciales e instrumentos de recolección de datos para difteria, tétanos, tétanos neonatal y tos ferina.

Recuadro 3. Uso de aplicaciones móviles para recabar datos en el terreno

Existen diferentes opciones de aplicaciones móviles para recabar datos en el terreno, que reemplazan el uso de los formularios impresos, y, por lo tanto, mejoran la eficiencia y calidad de los procesos. Estas aplicaciones móviles (*apps*) permiten llenar formularios personalizados desde teléfonos inteligentes o tabletas electrónicas. Por lo general, su interfaz es intuitiva, algo que minimiza la necesidad y cantidad de entrenamiento del personal que las utilizará. Una vez que se accede a Internet, la información reunida a través de estas aplicaciones se sincroniza en una base de datos única y puede descargarse en diferentes formatos (por ejemplo, Excel) para su análisis y para elaborar tableros digitales.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo IV: Vigilancia epidemiológica. Washington, D.C.: OPS; 2006. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51815/9275325456_mod4_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Organización Mundial de la Salud. Procedimientos operativos estándar: respuesta a un evento o brote de poliovirus. Versión 4. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/12/OBR-SOP-20231201-SP.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34932/9789275319970_spa.pdf?sequence=14&isAllowed=y.
4. Organización Panamericana de la Salud. Marco regional para el monitoreo y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56039>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estudio de caso: brote de sarampión en la era poseliminación. Versión para facilitadores. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58964/9789275327982_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de evaluación del riesgo de sarampión y rubéola. Guía de usuario. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/90197>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública. Vacunación y desparasitación para las geohelmintiasis. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34511/9789275319826-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Anexo 1. Definiciones operativas y diagnósticos diferenciales de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola

Cuadro A1. Definiciones operativas y diagnósticos diferenciales de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola

Enfermedades prevenibles por vacunación	Definición operativa de caso sospechoso/probable	Diagnósticos diferenciales según la CIE-10		Diagnósticos diferenciales según la CIE-11		Período de revisión de registros médicos
		Descripción	Código CIE-10	Descripción	Código CIE-11	
Polio	Toda persona menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda, por cualquier razón excepto traumatismo grave, o toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.	Botulismo	A05.1	Trastorno del sistema nervioso autónomo por infección; botulismo, sin especificación	8D83, 1A11.Z	Últimos tres meses a partir de la fecha de la visita al establecimiento de salud
		Cuadriplejía flácida	G82.3	Tetraplejía flácida	MB50.0	
		Dificultad para caminar no clasificada en otra parte	R 26.2	Dificultad para caminar	MB44.2	
		Encefalitis (meningoencefalitis viral)	A86.x	Encefalitis, no clasificada en otra parte	8,00E+48	
		Enfermedad enteroviral del SNC	A88.8	Infección por enterovirus de localización no especificada	1C80	
		Meningitis aséptica/linfocítica	G03.0	Otra meningitis infecciosa, no clasificada en otra parte especificada	1D01.Y	
		Mielitis transversa	G37.3	Mielitis transversa	8A41.0	
		Neuropatía autónoma periférica idiopática	G90	Neuropatía autonómica periférica idiopática	BD88Y	
		Neuropatía periférica		Polineuropatía, sin especificación	8C0Z	
		Osteomielitis	M86.1	Osteomielitis	FB84.Z	
		Otros síndromes paralíticos	G83	Síntomas de parálisis sin especificación (otros síndromes paralíticos)	MB5Z	
		Otros trastornos del sistema nervioso	G64	No está disponible el diagnóstico	No se dispone del código	
		Parálisis flácida aguda	G83.9	No está disponible el diagnóstico	No se dispone del código	
		Parálisis flácida muscular	G72.8	Miopatía inflamatoria	4A51	
Paraplejía flácida	G82.0	No se dispone del código CIE-11				

Enfermedades prevenibles por vacunación	Definición operativa de caso sospechoso/probable	Diagnósticos diferenciales según la CIE-10		Diagnósticos diferenciales según la CIE-11		Período de revisión de registros médicos
		Descripción	Código CIE-10	Descripción	Código CIE-11	
Polio	Toda persona menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda, por cualquier razón excepto traumatismo grave, o toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.	Paraplejía no especificada	G82.2	Paraplejía	MB56	Últimos tres meses a partir de la fecha de la visita al establecimiento de salud
		Polineuritis no especificada	G62.9	Polineuropatía, sin especificación	8C0Z	
		Polineuropatía inflamatoria no especificada	G61.9	Polineuropatía inflamatoria, polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda	8C01, 8C01.0	
		Poliomielitis	A80	Poliomielitis	1C81	
		Síndrome de Guillain-Barré	G61.0	Síndrome de Guillain-Barré	8C01.0	
Sarampión y rubéola (SR)	Paciente que un trabajador de salud sospeche que tiene sarampión o rubéola, o que presente fiebre y exantema maculopapular.	Dengue, dengue sin signos de alarma; fiebre del dengue sin especificación	A97, A97.0, A97.9	Fiebre del dengue, sin especificación; dengue sin signos de alarma	1D2Z, 1D20	Últimos 30 días a partir del inicio del exantema del caso sospechoso
		Dermatitis atópica no especificada	L20.9	Dermatitis atópica	EA80	
		Eritema infeccioso (quinta enfermedad)	B08.3	Eritema infeccioso	1F04	
		Escarlatina	A38	Escarlatina	1B50	
		Estomatitis vesicular enteroviral con exantema	B08.4	Estomatitis vesicular enteroviral con exantema	1F05	
		Roseola o exantema súbito (sexta enfermedad)	B08.2	Exantema súbito	1F01	
		Infección viral no especificada, caracterizada por lesiones en la piel y las membranas mucosas	B09	Infección viral no especificada, caracterizada por lesiones en la piel y las membranas mucosas	1F0Z	
		Infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones en la piel y las membranas mucosas	B08.8	Infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones en la piel y las membranas mucosas	1F0Y	
		Mononucleosis	B27	Mononucleosis	1D81	
		Enfermedad por el virus del Chikungunya	A92.0	Enfermedad por el virus del Chikungunya	1D40	
		Rubéola	B06.9	Rubéola	1F02	
		Sarampión	B05	Sarampión	1F03	

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión); CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión); EPV: enfermedades prevenibles por vacunación; SNC: sistema nervioso central.

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos para la búsqueda activa de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola

Cuadro A2.1. Selección de historias clínicas para la búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud		Nivel subnacional		
Distrito/municipio/comuna		Localidad		
Responsable(s) de la BAI	1	2	3	
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos	<input type="checkbox"/>	Registros electrónicos
			<input type="checkbox"/>	

N.º	N.º de historia clínica	Nombre y apellido del paciente	Edad en meses o años (especificar)	Fecha de nacimiento ^a	Fecha de la consulta	Servicio revisado (urgencia, hospitalización o consulta externa)	Caso sospechoso/probable ^b de:			CIE-10	CIE-11	Se obtuvo muestra para diagnóstico por laboratorio
							PFA	Sarampión	Rubéola			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Notas:

^a Todas las fechas deben registrarse en el formato de dd/mm/aaaa.

^b Para cada caso sospechoso, seleccionar las historias clínicas compatibles con los diagnósticos diferenciales de caso sospechoso/probable y registrarlos según la codificación de CIE-10 o CIE-11 utilizada.

BAI: búsqueda activa institucional, CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (décima, revisión); CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión); PFA: parálisis flácida aguda.

Cuadro A2.2. Registro de los casos sospechosos de sarampión y rubéola identificados por búsqueda activa institucional

Institución de salud		Nivel subnacional		
Distrito/municipio/comuna		Localidad		
Responsable(s) de la BAI	1	2	3	
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos	<input type="checkbox"/>	Registros electrónicos
			<input type="checkbox"/>	

N.º de orden del caso	Datos generales de identificación del caso				Fecha de inicio de síntomas		¿Cumple con la definición de caso sospechoso? Sí/No	Diagnóstico registrado en expediente médico	¿El caso fue notificado al sistema de vigilancia? Sí/No ^a	¿Se tomó muestra de suero durante la investigación de campo? Sí/No ^{b,c,d}
	Nombre y apellido del paciente	Edad en meses o años (especificar)	Dirección	Teléfono del padre, madre o tutor						
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Notas:

^a Si se encuentra un caso sospechoso nuevo con fecha de inicio de exantema en los últimos 30 días, proceder con la investigación y toma de muestra.

^b Considerar los siguientes periodos máximos para recolectar las muestras, a partir del inicio del exantema:

- Serología: hasta 30 días
- Respiratorias: hasta 14 días.
- Orina: hasta 10 días.

^c Durante la visita de campo, se debe realizar búsqueda activa comunitaria de casos recientes y vacunación para iniciar y/o completar los esquemas.

^d Si la fecha de inicio del exantema tiene más de 30 días, se debe realizar visita domiciliaria, búsqueda activa comunitaria de casos recientes y vacunación para iniciar o completar los esquemas.

Cuadro A2.3. Registro de los casos probables de parálisis flácida aguda identificados por búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud		Nivel subnacional		
Distrito/municipio/comuna		Localidad		
Responsable(s) de la BAI		1	2	3
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos	<input type="checkbox"/>	Registros electrónicos
			<input type="checkbox"/>	

N.º	N.º de historia clínica	Nombre y apellido del paciente	Edad en meses o años (especificar)	Fecha de nacimiento ^a	Fecha de la consulta	Servicio revisado (urgencia, hospitalización o consulta externa)	Caso sospechoso/probable ^b de:			CIE-10	CIE-11	Se obtuvo muestra para diagnóstico por laboratorio
							PFA	Sarampión	Rubéola			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Notas:

^a Todas las fechas deben registrarse en el formato de dd/mm/aaaa.

^b Para cada caso sospechoso, seleccionar las historias clínicas compatibles con los diagnósticos diferenciales de caso sospechoso/probable y registrarlos según la codificación de CIE-10 o CIE-11 utilizada.

BAI: búsqueda activa institucional, CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (décima, revisión); CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión); PFA: parálisis flácida aguda.

Cuadro A2.4. Consolidado de los casos identificados según establecimiento de salud en la búsqueda activa institucional

Institución de salud		Nivel subnacional		Distrito/municipio/comuna	
Localidad		Período de la BAI (dd/mm/aaaa)			
Responsable(s) de la BAI	1	2	3		

Enfermedad prevenible por vacunación	Fecha de vista	Número de registros revisados			N.º de diagnósticos revisados	N.º de casos probables o sospechosos identificados en servicios de salud	Casos identificados notificados		Casos identificados sin notificación		Casos identificados sin notificación y con muestras		Casos identificados sin notificación y sin muestras		N.º de visitas domiciliarias realizadas	N.º de casos en que se obtuvieron muestras durante la investigación de campo
		Urgencias	Hospitalización	Consultas externas			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
PFA																
Sarampión																
Rubéola																
Otra EPV																

Nota:
BAI: búsqueda activa institucional, EPV: enfermedad prevenible por vacunación, PFA: parálisis flácida aguda.

Cuadro A2.5. Registro de los casos probables o sospechosos por búsqueda activa comunitaria

Nivel subnacional		Responsable(s) de la BAI	1
Distrito/municipio/comuna			2
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)			3

Barrio/comunidad	Nombre y apellido de la persona entrevistada	Edad (debe ser > 18 años)	Dirección	Teléfono	Diagnóstico de probabilidad o sospecha ^a	Nombre del caso probable o sospechoso
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Nota:

^a Utilice una fila para cada diagnóstico en que se sospecha parálisis flácida aguda, sarampión o rubéola.

BAI: búsqueda activa institucional.

Cuadro A2.6. Consolidado de los casos identificados en la búsqueda activa comunitaria

Nivel subnacional		Responsable(s) de la BAC	1
Distrito/municipio			2
Período de la BAC (dd/mm/aaaa)			3

Enfermedad prevenible por vacunación	Barrio o comunidad	N.º de personas entrevistadas	Total de casas visitadas	Total de instituciones comunitarias visitadas	N.º de casos probables o sospechosos identificados en la comunidad^a
PFA					
Sarampión					
Rubéola					
Otra EPV					

Nota:

^a Número de casos probables o sospechosos (o diagnósticos) detectados para cada EPV.
EPV: enfermedad prevenible por vacunación; PFA: parálisis flácida aguda.

Anexo 3. Formato para el informe de la búsqueda activa

I. METODOLOGÍA

1. Selección de municipios

- a. Descripción de los criterios usados para seleccionar los municipios:
 - i. ¿Cuántos municipios fueron clasificados como de alto riesgo según el componente de vigilancia epidemiológica del análisis de riesgo para poliomielitis, sarampión y rubéola?
 - ii. ¿Cuántos municipios en alto riesgo cumplían con una de las dos condiciones de riesgo (silencio e incumplimiento de la tasa de parálisis flácida aguda [PFA], sarampión y rubéola)?
- b. Descripción de los criterios utilizados para priorizar los municipios clasificados como de alto riesgo:
 - i. ¿Qué características tienen los municipios priorizados? Por ejemplo, ¿concentran un alto flujo de turismo internacional?
 - ii. ¿Cuál es el total de municipios seleccionados para implementar la búsqueda activa de PFA, sarampión y rubéola?
 - iii. ¿Cuál fue la frecuencia para la implementación de la búsqueda activa durante el año calendario? ¿Cada mes? ¿Cada tres meses? ¿Otro plazo?
 - iv. ¿La periodicidad de la búsqueda activa está institucionalizada por normativa (resolución, decreto o equivalente) del Ministerio de Salud?

2. Selección de los establecimientos de salud

- i. ¿Cuáles fueron los criterios empleados para seleccionar los establecimientos de salud?
- ii. ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos seleccionados? (incluir el numerador y denominador)
- iii. ¿Qué características tienen dichos establecimientos?
- iv. ¿Qué fuentes de información se utilizaron en los establecimientos de salud?
- v. ¿Cómo se hizo la selección de las historias clínicas? Por ejemplo, ¿a través de cuadernos o registro electrónico? ¿Se usó la CIE-10 o la CIE-11?

3. Selección de las comunidades e instituciones comunitarias para la búsqueda activa comunitaria

- i. ¿En qué momento se hizo la búsqueda activa comunitaria (BAC)? Por ejemplo, ¿durante los monitoreos rápidos de vacunación o durante la investigación de un caso sospechoso?
- ii. ¿Cómo se hizo la selección de las manzanas y las viviendas? ¿Se incluyó alguna institución comunitaria (por ejemplo, parroquias)? ¿Por qué?
- iii. ¿Cuáles son las características de estas comunidades? Por ejemplo, ¿son de difícil acceso?

4. Supervisión

- i. Las búsquedas activas institucionales (BAI) y las BAC, ¿fueron supervisadas por personal del nivel nacional y/o subnacional?
- ii. ¿Cómo se hizo esta supervisión y cuáles fueron los principales hallazgos en cuanto al mejoramiento de la búsqueda activa?

II. ANÁLISIS DE RESULTADOS

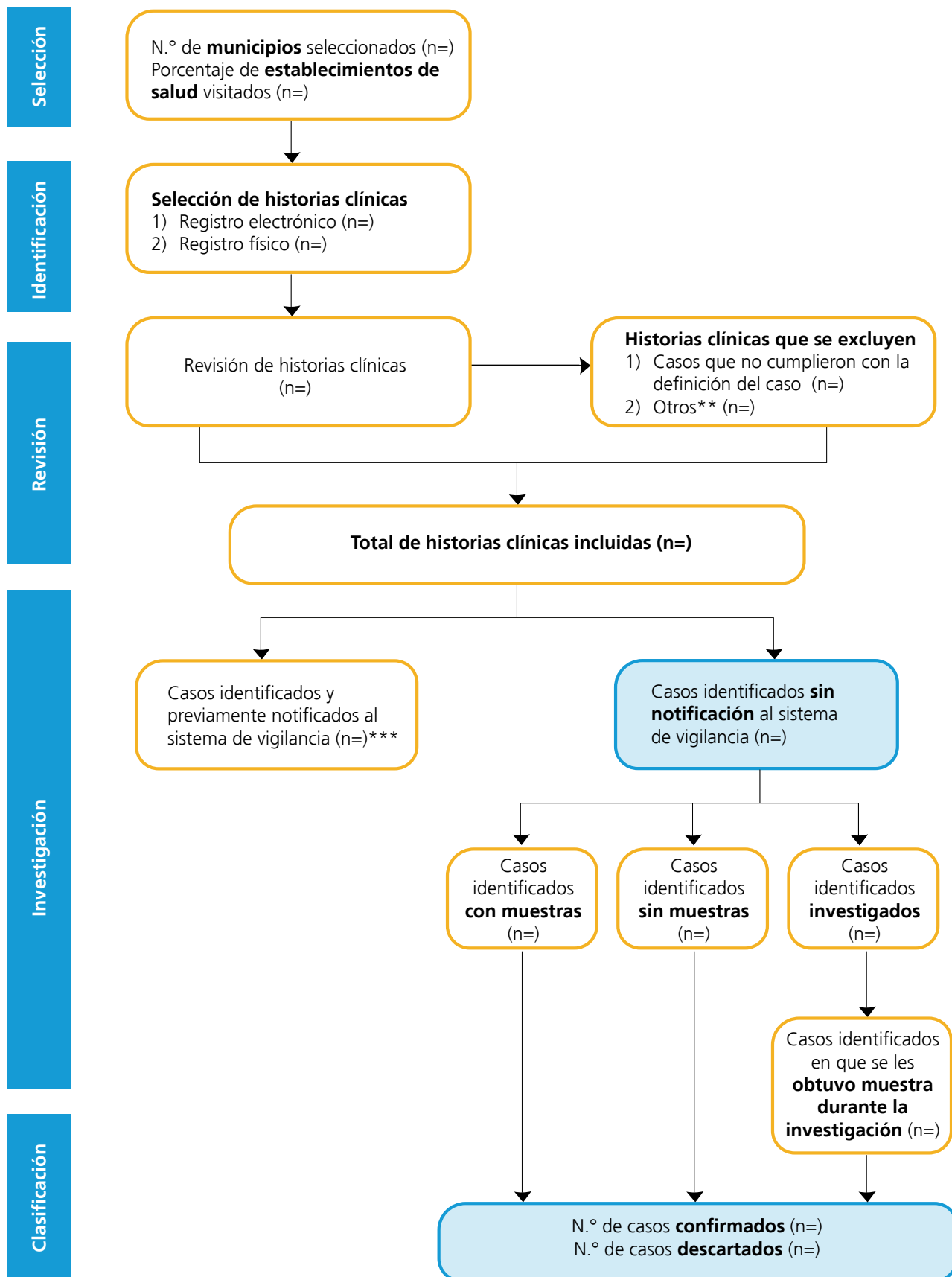
- i. Documentar los resultados utilizando las salidas descritas en el capítulo 4: Resultados. Utilizar el anexo 4 para consolidar los resultados por cada evento.
- ii. Triangular los resultados de las búsquedas activas con la metodología utilizada para seleccionar las áreas para intervenir (por ejemplo, resultados del análisis de riesgo).
- iii. Documentar la clasificación de los casos identificados, indicando si alguno de ellos presentó desafíos en su clasificación y cuáles fueron las evidencias para asignarle la clasificación final.

III. PLAN DE MEJORA

- i. ¿Qué acciones de mejora se implementarán a corto y mediano plazo?
- ii. ¿Cuáles son los problemas que se solucionarán con dichas acciones?
- iii. ¿Cómo serán monitoreadas las acciones? ¿Con qué periodicidad?

Anexo 4. Consolidación de los resultados de las búsquedas activas institucionales para casos probables de parálisis flácida aguda y sospechosos de sarampión y rubéola

Consolidación de los resultados de las búsquedas activas institucionales para casos probables de parálisis flácida aguda (PFA) y sospechosos de sarampión y rubéola*



* Utilice el anexo 2 para consolidar esta información. Indique el periodo de las búsquedas. ** Casos cuyas historias clínicas fueron marcadas como ilegibles, duplicadas, o eliminadas por otras razones. ***No se debe tomar acción alguna durante la búsqueda activa pues el caso fue notificado al sistema de vigilancia. Verificar en el sistema el estatus de las acciones de investigación y clasificación.

Anexo 5. Definiciones operativas y diagnósticos diferenciales de otras enfermedades prevenibles por vacunación

Cuadro A5.1. Definiciones operativas y diagnósticos diferenciales para su empleo en la búsqueda activa institucional

Enfermedades prevenibles por vacunación	Definición operativa de caso sospechoso/probable	Diagnósticos diferenciales según la CIE-10		Diagnósticos diferenciales según la CIE-11		Período de revisión de registros médicos
		Descripción	Código	Descripción	Código	
Difteria	Enfermedad del tracto respiratorio superior caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y pseudomembrana adherente en la faringe, amígdalas y/o nariz.	Difteria	A36	Difteria	1C17.Z	Últimos 30 días a partir de la fecha de inicio de la búsqueda activa
		Difteria laríngea	A36.2	Difteria laríngea	1C17.2	
		Difteria faríngea	A36.0	Difteria faríngea o tonsilar	1C17.0Y	
		Difteria nasofaríngea	A36.1	Difteria nasal	1C17.1	
		Difteria no especificada	A36.9	Difteria sin especificación	1C17.Z	
		Faringitis bacteriana	J02	Faringitis aguda por otras bacterias	CA02.0	
		Angina de Vincent	A69.1	Otras infecciones de Vincent	1C1H.0	
		Mononucleosis infecciosa	B27	Mononucleosis infecciosa	1D81	
		Sífilis oral	A52.1	Sífilis secundaria de la piel o de las membranas mucosas	1A61.3	
		Candidiasis	B37	Candidiasis; candidiasis labial o de la mucosa bucal	1F23, 1F23.0	
		Epiglotitis causada por:	J05	Laringitis aguda	CA05.0	
		<i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b	A49.2	Infección por <i>Haemophilus influenzae</i> , sin otra especificación	1C41	
		Espasmo laríngeo	J38.5	Espasmo laríngeo	CA0H.4	
		Presencia de un cuerpo extraño	T17	Cuerpo extraño en la laringe	ND72.3	
		Laringotraqueítis vírica	J04.2	Laringotraqueítis aguda; laringitis obstructiva aguda	CA05.2, CA06.0	

Enfermedades prevenibles por vacunación	Definición operativa de caso sospechoso/probable	Diagnósticos diferenciales según la CIE-10		Diagnósticos diferenciales según la CIE-11		Período de revisión de registros médicos
		Descripción	Código	Descripción	Código	
Tétanos neonatal	<p>1. Todo lactante que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos durante el primer mes de vida y que haya llorado y se haya alimentado normalmente durante los dos primeros días de vida.</p> <p>2. Toda muerte neonatal (dentro de los primeros 28 días) de un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas de vida.</p>	Tétanos neonatal	A33	Tétanos neonatal	1C15	Últimos 30 días a partir de la fecha de inicio de la búsqueda activa
		Convulsiones neonatales	P90	Convulsiones neonatales	KB06	
		Meningitis bacteriana no especificada	G00	Meningitis bacteriana	1D01.0Z	
		Meningitis estreptocócica	G00.2	Meningitis debida a estreptococo	1B53	
		Meningitis estafilocócica	G00.3	Meningitis debida a estafilococo	1B54	
		Meningitis por enterovirus	A87.0	Meningitis por enterovirus	1C8E.1	
		Meningitis por adenovirus	A87.1	Meningitis por adenovirus	1C8E.2	
		Sepsis del recién nacido debido a estreptococo del grupo B	P36.0	Sepsis del feto o recién nacido (<i>Streptococcus</i> del grupo B)	KA60&XN2M1	
		Hipoglucemia neonatal	P70	Hipoglucemia neonatal	KB60.4	
Hipocalcemia neonatal	P71.0-P71.1	Hipocalcemia neonatal	KB61.2			
Tétanos	Persona mayor de 28 días de vida con presentación aguda de al menos una de las siguientes condiciones: trismo, espasmo muscular facial sostenido o espasmos musculares generalizados.	Tétanos	A35	Tétanos	1C13	
		Septicemia	A40, A41	Bacteriemia	MA15.0	
		Meningoencefalitis	G05.0	Mielitis; encefalitis y encefalitis viral	8B41,1C80	
		Tetania por otras causas	R29.0	Tetania	MB47.D	
		Peritonitis	K65	Peritonitis	DC50.Z	

Enfermedades prevenibles por vacunación	Definición operativa de caso sospechoso/probable	Diagnósticos diferenciales según CIE-10		Diagnósticos diferenciales según CIE-11		Período de revisión de registros médicos
		Descripción	Código	Descripción	Código	
Tos ferina	Persona con tos durante al menos dos semanas y con al menos uno de los siguientes síntomas: 1. paroxismos (es decir, ataques) de tos 2. estertor al inspirar 3. vómitos postusivos (es decir, inmediatamente después de la tos) y sin otra causa obvia.	Pertusis	A37	Tos ferina por <i>Bordetella pertussis</i>	1C12.0	Últimos 30 días a partir de la fecha de inicio de la búsqueda activa
		Infecciones respiratorias de diversas causas	J00-J22	Neumonía	CA40.Z	
				Neumonía bacteriana sin especificación	CA40.0Z	
				Otra neumonía bacteriana especificada	CA40.0Z	
		Enfermedad por <i>B. parapertussis</i>	A37.1	Tos ferina debida a <i>Bordetella parapertussis</i>	1C12.1	
		En lactantes menores:		En lactantes menores:		
		Otras causa de cianosis	R23	Cianosis	ME64.1	
Otras causas de apnea	R06.8	Apnea	MD11.0			

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión); CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión); EPV: enfermedades prevenibles por vacunación.

Cuadro A5.2. Definiciones operativas de caso sospechoso o probable para su empleo en la búsqueda activa comunitaria

Enfermedad prevenible por vacunación.	Definición comunitaria	Período de revisión
Tétanos neonatal	Cualquier recién nacido capaz de succionar y llorar durante los primeros 2 días de vida, y que, entre los 3 y 28 días de edad, no pueda succionar normalmente, se ponga rígido y/o tenga convulsiones.	Últimos 30 días a partir de la fecha de inicio de la búsqueda activa
Difteria	Cualquier persona con inicio brusco de: 1) dolor de garganta, 2) fiebre baja, 3) glándulas inflamadas en el cuello, y 4) membrana de tejido muerto acumulada en garganta, que dificulte la respiración y la deglución.	
Tos ferina	Persona con tos durante al menos 2 semanas y con al menos uno de los siguientes síntomas: 1) ataques de tos, 2) estertor al inspirar, 3) vómitos inmediatamente después de la tos, sin otra causa obvia, y 4) apnea (si el niño tiene menos de 1 año).	
Tétanos	Persona mayor de 28 días de vida con presentación aguda de al menos una de las siguientes condiciones: trismo, espasmo muscular facial sostenido o espasmos musculares generalizados.	

Anexo 6. Instrumento de recolección de datos para la búsqueda activa de otras enfermedades prevenibles por vacunación

Cuadro A6.1. Selección de expedientes o historias clínicas para búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud		Nivel subnacional	
Distrito/municipio/comuna		Localidad	
Responsable(s) de la BAI	1	2	3
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos	<input type="checkbox"/>
		Registros electrónicos	<input type="checkbox"/>

N.º	N.º de historia clínica	Nombre y apellido	Edad en meses o años (especificar)	Fecha de nacimiento ^a	Fecha de la consulta	Servicio revisado (urgencia, hospitalización o consulta externa)	Caso sospechoso ^b				CIE-10	CIE-11	¿Se obtuvo muestra para diagnóstico por laboratorio (solo para difteria y tos ferina)? (Sí/No)
							Difteria	Tétanos	Tétanos neonatal	Tos ferina			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Nota:

^a Todas las fechas deben registrarse en el formato de dd/mm/aaaa.

^b Para cada caso sospechoso, seleccionar los registros médicos compatibles con los diagnósticos diferenciales de caso sospechoso/probable y registrarlos según la codificación de CIE-10 o CIE-11 utilizada.

BAI: búsqueda activa institucional, CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión); CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión).

Cuadro A6.2. Registro de los casos sospechosos de difteria por búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud		Nivel subnacional	
Distrito/municipio/comuna		Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)	
Responsable(s) de la BAI	1	2	3

N.º de orden del caso	Datos generales de identificación del caso				Búsqueda comunitaria	Fecha de inicio de los síntomas	¿Cumple con la definición de caso sospechoso? Sí/No	Diagnóstico registrado en la historia clínica	¿El caso fue notificado? Sí/No
	Nombre y apellido	Edad en meses o años (especificar)	Dirección	Teléfono del padre, madre o tutor					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

BAI: búsqueda activa institucional.

Cuadro A6.3. Registro de los casos sospechosos de tétanos por búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud					
Distrito/municipio/comuna		Nivel subnacional			
Responsable(s) de la BAI	1		2		3
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos	<input type="checkbox"/>	Registros electrónicos	<input type="checkbox"/>

N.º de orden del caso	Datos generales de identificación del caso				Búsqueda comunitaria	Fecha de inicio de los síntomas	¿Cumple con la definición de caso sospechoso? Sí/No	Diagnóstico registrado en la historia clínica	¿El caso fue notificado? Sí/No
	Nombre y apellido	Edad en meses o años (especificar)	Dirección	Teléfono del padre, madre o tutor					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

BAI: búsqueda activa institucional.

Cuadro A6.4. Registro de los casos sospechosos de tétanos neonatal por búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud									
Distrito/municipio/comuna		Nivel subnacional							
Responsable(s) de la BAI		1			2			3	
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos		<input type="checkbox"/>		Registros electrónicos		<input type="checkbox"/>	
N.º de orden del caso	Datos generales de identificación del caso				Búsqueda comunitaria	Fecha de inicio de los síntomas	¿Cumple con la definición de caso sospechoso? Sí/No	Diagnóstico registrado en la historia clínica	¿El caso fue notificado? Sí/No
	Nombre y apellido	Edad en meses o años (especificar)	Dirección	Teléfono del padre, madre o tutor					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

BAI: búsqueda activa institucional

Cuadro A6.5. Registro de los casos sospechosos de tos ferina por búsqueda activa institucional

Establecimiento de salud										
Distrito/municipio/comuna		Nivel subnacional								
Responsable(s) de la BAI		1			2			3		
Fecha de la BAI (dd/mm/aaaa)		Registros impresos			<input type="checkbox"/>			Registros electrónicos		<input type="checkbox"/>
N.º de orden del caso	Datos generales de identificación del caso				Búsqueda comunitaria	Fecha de inicio de los síntomas	¿Cumple con la definición de caso sospechoso? Sí/No	Diagnóstico registrado en la historia clínica	¿El caso fue notificado? Sí/No	¿Se tomó muestra? Sí/No
	Nombre y apellido	Edad en meses o años (especificar)	Dirección	Teléfono del padre, madre o tutor						
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

BAI: búsqueda activa institucional.

Glosario

Brote de sarampión en la era poseliminación

Es la presencia de uno o más casos confirmados de sarampión o rubéola en un país de la Región de las Américas.

Búsqueda activa institucional

Es la revisión sistemática de historias clínicas en establecimientos de salud públicos y privados, realizada retrospectivamente y en un período determinado, dependiendo de la EPV que se esté investigando.

Búsqueda activa comunitaria

Es la búsqueda intencionada de casos en la comunidad, realizada retrospectivamente y en un período determinado, dependiendo de la EPV que se esté investigando.

Búsqueda activa por laboratorio

Es la búsqueda de casos en el laboratorio a partir de muestras obtenidas para la vigilancia de enfermedades por arbovirosis. Este tipo de búsqueda se realiza para sarampión y rubéola por la similitud de sus características clínicas con las de las enfermedades por arbovirosis.

Búsqueda basada en la comunidad

Estrategia de vigilancia en la que los miembros de la comunidad están capacitados para notificar casos probables de parálisis flácida aguda a una persona focal designada.

Cadena de transmisión

Serie de casos de sarampión o rubéola ligados epidemiológicamente en tiempo y lugar, en la que al menos uno ha tenido contacto con un caso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio.

Monitoreo rápido de vacunación

Herramienta simple y de bajo costo que evalúa de manera rápida e inmediata la proporción de personas vacunadas y personas no vacunadas en una zona determinada mediante la visita casa a casa.

Municipio silencioso

Municipio que no ha notificado casos probables de parálisis flácida aguda o sospechosos de sarampión y rubéola. Se excluye de esta definición los municipios que informaron por escrito la ausencia de casos probables y sospechosos (notificación negativa).

Notificación negativa semanal

Notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de que no se han presentado casos de alguna enfermedad de interés y la situación epidemiológica se mantiene bajo control. Las unidades notificantes deben informar por escrito la ausencia de casos sospechosos y evitar dejar un espacio en blanco en la notificación semanal.

Período de aparición de casos secundarios

Intervalo durante el cual se presenta el exantema en personas susceptibles infectadas con sarampión o rubéola a partir de un caso confirmado. Para su cálculo, se deben considerar los períodos de incubación y transmisibilidad.

Período de incubación

Intervalo que transcurre entre la exposición o el contacto inicial con un agente infeccioso y la aparición de síntomas de la enfermedad. Para sarampión, es de 7 a 21 días (desde la exposición hasta el inicio del exantema); para rubéola, de 12 a 23 días.

Período de transmisibilidad

Intervalo durante el cual un agente infeccioso puede ser transferido directa o indirectamente de una persona infectada a otra sana. El sarampión puede ser transmitido desde 4 días antes y hasta 4 días después del inicio del exantema; la rubéola, desde 7 días antes y 7 días después del inicio del exantema.

Pruebas serológicas

Son ensayos o análisis de laboratorio, realizados a partir de una muestra de sangre de un paciente, que buscan la presencia de anticuerpos. Para el diagnóstico de sarampión o rubéola, estas pruebas incluyen la determinación de anticuerpos para la inmunoglobulina M (IgM) o la inmunoglobulina G (IgG) contra el virus específico.

Pruebas virológicas

Son ensayos o análisis de laboratorio efectuados para la detección de un virus específico, como el aislamiento en cultivo celular o la detección de su material genético mediante ensayos de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, por su sigla en inglés) o secuenciación genética.

Vigilancia activa

El equipo de salud acude a la fuente de información para realizar una búsqueda intencional de casos del evento objeto de vigilancia. El personal de salud busca directamente los datos sobre el objeto de vigilancia, incluso revisando las historias clínicas del servicio de salud y los registros diarios de atención de personas.

Vigilancia de rutina o pasiva

Cada nivel de salud envía información sobre los eventos objeto de vigilancia al nivel inmediato superior, de forma rutinaria y periódica. En este tipo de vigilancia se espera que los casos acudan a los servicios de salud para que puedan ser captados y notificados.

La búsqueda activa es un instrumento de control de calidad de la vigilancia epidemiológica de rutina, pues permite detectar casos de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que, por cualquier razón, pueden o no haber sido notificados al sistema. Tradicionalmente, la búsqueda activa se ha implementado de forma individual para documentar la ausencia o presencia de casos de parálisis flácida aguda (PFA), sarampión y rubéola, durante la vigilancia de rutina o ante la presencia de brotes.

En este sentido, la búsqueda activa de casos de PFA, sarampión y rubéola es realizada en los establecimientos de salud (búsqueda activa institucional), en las comunidades (búsqueda activa comunitaria), y en los laboratorios (búsqueda activa por laboratorio) a fin de identificar oportunidades para mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica de las EPV. Los casos detectados en la búsqueda activa deben notificarse, investigarse y clasificarse de acuerdo con las definiciones de casos recomendadas para la vigilancia de estas enfermedades.

El propósito de esta publicación es brindar orientaciones técnicas e instrumentos de recolección de datos para realizar la búsqueda activa integral de PFA, sarampión y rubéola a nivel institucional (establecimientos de salud) y comunitario. La implementación conjunta de la búsqueda activa para estas tres enfermedades apunta a lograr una sinergia de los recursos humanos y financieros, según las consideraciones específicas de cada enfermedad.

La publicación está dirigida a los profesionales de la salud de los niveles nacionales y subnacionales que son responsables de organizar e implementar la búsqueda activa en los establecimientos de salud y la comunidad, incluido el análisis de sus resultados y la elaboración del informe.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

