PROTOCOLO DE VIGILANCIA
EN SALUD PÚBLICA

PAROTIDITIS

código: 620

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos
Minsalud

DOCUMENTO ELABORADO POR

Equipo de Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Equipo Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General del INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo
y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Tabla de contenido

1 Introducción 4
1.1. Comportamiento del evento 4
1.2. Estado del arte 4
1.3. Justificación para la vigilancia 5
1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento 5

2 Objetivos específicos 6

3 Definiciones operativas de casos 6

4 Fuentes de los datos 6
4.1. Definición de las fuentes 6
4.2. Periodicidad de los reportes 6
4.3. Flujo de información 7
4.4. Responsabilidades por niveles 7

5 Recolección y procesamiento de los datos 7

6 Análisis de la información 7
6.1. Indicadores 7

7 Orientación de la acción 9
7.1. Acciones individuales 9
7.2. Acciones colectivas 10
7.3 Acciones de laboratorio 12

8 Comunicación del riesgo 12

9 Referencias bibliográficas 13

10 Control de revisiones 13

11 Anexos 13

1. Introducción

La parotiditis es de distribución universal y afecta a ambos sexos por igual, ocurre en todo el mundo y el ser humano es el único huésped natural conocido. El virus de las paperas es la única causa conocida de la parotiditis epidémica. La enfermedad produce inmunidad de por vida (1).

Cerca de una tercera parte de las personas susceptibles y expuestas tienen infecciones no manifiestas; muchas de las infecciones de los niños menores de dos años son subclínicas. El invierno y la primavera son las estaciones de mayor incidencia (2).

En los Estados Unidos, la incidencia de parotiditis ha disminuido considerablemente desde que se comenzó a usar en forma amplia la vacuna antiparotidítica aprobada en 1967. En el decenio de 1980, los brotes de parotiditis se atribuyeron al hecho de que no se había inmunizado a las personas susceptibles, pero los brotes más recientes han aparecido en poblaciones vacunadas prácticamente en su totalidad. En el decenio de 1990 disminuyó de modo sostenido la incidencia anual de parotiditis (2).

La parotiditis se puede prensentar a cualquier edad y se pueden producir picos epidémimcos cada dos a cinco años. Los estudios epidemiológicos han demostrado que el 85-90 % de la población no inmunizada adulta presenta anticuerpos protectores, por la infección en los adultos no inmunes produce generalmente enfermedad más severa que en la infancia (3).

1.1. Comportamiento del evento

1.1.1 Situación epidemiológica mundial

La parotiditis es una enfermedad distribuida por todo el mundo . En la mayor parte de los países con ausencia de inmunización, la incidencia anual es de cien a mil casos por cada 100 000 habitantes, con picos epidémicos cada dos a cinco años. En 2017 los estados miembros notificaron a las OMS 467 506 casos de parotiditis infecciosa, de los cuales 55 % (n=256 246) ocurrió en la Región del Pacífico Occidental, mientras que el porcentaje de casos restantes se distribuye uniformemente en las demás regiones. En el resto del mundo, China fue el país con mayor número de casos con 252 740 casos en 2017, seguido de Nepal, Iraq, Gana, Burkina Faso y Colombia (4)

Del 1 de enero al 6 de diciembre de 2019, 48 estados y el Distrito de Columbia en los EE. UU. Informaron infecciones de paperas en 3,252 personas al CDC, como dato preliminar al 28 de diciembre 2019 (3)

1.1.2 Situación epidemiológica en América

En los Estados Unidos se han presentado varios brotes después de la introducción de la vacuna en 1967, uno de ellos en el año 2006, con 6 584 casos reportados, con incidencias más altas en personas de 18 a 24 años de edad, encontrándose el 63% de todos los casos con estado de vacunación conocido en los principales estados con presencia de brotes que habían recibido dos dosis de la vacuna MMR (triple viral) . En 2016, se presenta un tercer brote con 6 366 casos de paperas, el mayor número de casos desde 2006; encontrándose que el 55% de todos los casos y el 70% de los casos con antecedentes de vacunación conocidos tenían dos dosis de vacuna MMR antes de la infección (3).

En México el SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) ha identificado casos y brotes en el país desde las últimas semanas del 2017. Durante el año 2017 se notificaron 4 653 casos de parotiditis en el país, Los grupos de edad más afectados a nivel nacional fueron los niños de 5 a 9 años con 1,229 (26 %), seguido de 25 a 44 años con 899 (19 %) y 1 a 4 años, con 651 casos (14 %) (5)

1.1.3 Situación epidemiológica nacional

En Colombia, desde el año 2010 a 2018 se han notificado al Sistema de Vigilancia epidemiológica un total de 105 132 casos, siendo el año 2018 donde se registró el mayor número de casos con 19 317, con un promedio de casos notificados por semana de 371. Durante estos años, se evidencia un pico de casos elevado durante el año 2010 y 2011 con 10 383 casos y 16 127 casos respectivamente. El segundo incremento se presenta entre el año 2016 a 2018. Durante este periodo, los años epidémicos identificados corresponden al año 2011 y 2018, dados los incrementos significativos con aumento de las

incidencias cada seis a siete años.

Durante el año 2018 la incidencia de casos en población general reportada fue de 38,7 por 100 000 habitantes y en población menor de cinco años de 37,8 por 100 00 menores de cinco años. La población mas afectada por grupo de edad corresponde a los jóvenes entre los 20 a 24 años de edad, seguido de los de 25 a 29 años de edad. Por pertenencia étnica los otros grupos poblacionales cuenta con el 97,1%, seguido del indígena con el 0,8%. Por grupos poblacionales, el carcelario presenta el mayor porcentaje con el 4,08%. Por ocupación los estudiantes fueron los más afectados con el 25,7%, seguido de otros con el 23%, hogar con el 8,4%, policías con el 1,3% y militares con el 1%. Durante el año 2019 la notificación se estabiliza encontrandose dentro de la razón esperada. A semana epidemiológica 51 se notifica al Sivigila 14 922 casos según datos preliminares al 29 diciembre 2019

1.2. Estado del arte

La parotiditis es una enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares.
La infección en adultos es más probable que ocasione complicaciones, la orquitis es una complicación comúnmente reportada que suele ser unilateral, se observa en un 20 -30% de los hombres pospúberes y la esterilidad es una secuela extraordinariamente rara, puede aparecer mastitis en el 31 % de las mujeres mayores de 15 años; no menos de 40 - 50 % de las infecciones parotidíticas se han acompañado de síntomas de las vías respira- torias, particularmente en los niños menores de cinco años.

La parotiditis origina pérdida neurosensorial de la audición en los niños, con una incidencia de cinco /100 000 casos. Entre las complicaciones excepciona- les se incluyen artritis, tiroiditis, glomerulonefritis, en- cefalitis (uno a dos /10.000 casos); pancreatitis (4 %) y trastornos auditivos irreversibles. La parotiditis duran- te el primer trimestre del embarazo puede aumentar la tasa de aborto espontáneo, pero no hay pruebas definitivas de que la enfermedad durante la gestación produzca malformaciones congénitas (1 , 2).
La infección parotidítica aguda se confirma por un aumento significativo del título de anticuerpos IgG en sueros de la fase aguda y de convalecencia; por la presencia de IgM específica del virus de la parotiditis, o por identificación del virus en cultivos.

En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) incluye la vacuna triple viral para los niños de un año, y el refuerzo a los cinco años (a partir del 2003).

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Es un virus RNA, encapsulado, de tipo *Paramyxovirus,* de la familia *Paramyxoviridae*, género Rubula-virus, virus de las paperas.
Modo de transmisión	Por vía aérea y contacto directo a través de la saliva o la mucosidad de la boca, nariz o garganta de una persona infectada.
Período de incubación	De 16 a 18 días con un rango entre 12 a25 días.
Período de transmisibilidad	El virus ha sido aislado de la saliva desde siete días antes hasta nueve días después del inicio de la parotiditis.
Modo de transmisión	Por vía aérea y contacto directo a través de la saliva o la mucosidad de la boca, nariz o garganta de una persona infectada.

La infección parotidítica aguda se confirma por un aumento significativo del título de anticuerpos IgG en sueros de la fase aguda y de convalecencia; por la presencia de IgM específica del virus de la parotiditis, o por identificación del virus en cultivos.

En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) incluye la vacuna triple viral para los niños de un año, y el refuerzo a los cinco años (a partir del 2003).

Esquema de vacunación – PAI			
VACUNA	Enfermedad que previene	Dosis y edad	Sitio de aplicación
TRIPLE VIRAL	Sarampión	Primera dosis: 12 meses Refuerzo: a los cinco años de edad	Subcutánea en brazo izquierdo

La vacuna triple viral previene la mayoría de los casos de paperas y de las complicaciones causadas por esta enfermedad. Dos dosis de la vacuna tienen una efectividad del 88 % (intervalo: 66- 95 %) y una dosis del 78 % (intervalo: 49 -92 %) (3). La incidencia de reacciones adversas depende de la cepa del virus de parotiditis utilizada para preparar la vacuna; sin embargo, en general las complicaciones son raras, y se ha documentado que cerca del 1% de los vacunados puede presentar parotiditis unilateral.

Se recomienda tener en cuenta los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación (ESAVI) como meningitis aséptica a los vacunados con las cepas Urabe y Leningrad–Zagreb. No está documentado ningún caso de meningitis aséptica tras la vacunación con la cepa Jeryl-Lynn.

La vacuna no se debe aplicar en casos de reacciones de hipersensibilidad importante al huevo y a la neomicina, en casos de inmunosupresión o inmunodeficiencia activa; sin embargo, se recomienda aplicarla a portadores asintomáticos del VIH, porque el riesgo y los efectos de una enfermedad natural son mayores. No se recomienda su aplicación en mujeres embarazadas. Si ocurre vacunación inadvertida durante el embarazo, se debe notificar a la autoridad de salud correspondiente y hacer un seguimiento de la madre y del producto de la gestación (6).

1.3. Justificación para la vigilancia

La efectividad de la vacuna es de aproximadamente 80 % para una dosis y de 90 % tras dos dosis cuya efectividad se ve reducida con el paso de los años; es por esto que en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas. La parotiditis es una enfermedad viral aguda infecto-contagiosa epidémica, en ausencia de vacunación la incidencia oscila entre 100-1000 casos /100 000 habitantes y se producen epidemias cada dos a cinco años, cuya presentación se observa a lo largo de todo el año y causa un alto ausentismo laboral y estudiantil, afectan el comportamiento dinámico y productivo de una sociedad (6).

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), se indica que la vigilancia de este evento permite observar la distribución y comportamiento, detectar brotes en poblaciones aglomeradas y confinadas, trazar mecanismos de control y prevención para así dar cumplimiento a la dimensión prioritaria vida saludable y enfermedades transmisibles; en el componente de enfermedades inmunoprevenibles que tiene como meta para el 2021 mantener en todo el territorio nacional el control de la incidencia de esta enfermedad.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de parotiditis, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento en las entidades territoriales, así como para el Ministerio de Salud y Protección Social y el PAI.

2. Objetivos específicos

- Caracterizar el comportamiento de parotiditis en tiempo, lugar y persona.
- Identificar y controlar oportunamente la presencia de brotes.
- Establecer la incidencia de la parotitidis en Colombia

3. Definiciones operativas de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado clínicamente	Paciente con cuadro clínico agudo caracterizado por fiebre, cefalea, vómito, edema e inflamación unilateral o bilateral de las glándulas parótidas o salivales, de duración igual o mayor a dos días, sin otra causa aparente.

Definición operativa de brote

Población	Características de la clasificación
Comunidad	Dos casos o más con nexo epidemiológico.
Cárceles **FFMM (en establecimiento)** **Policía Nacional (en establecimiento)**	Presencia de un solo caso.

A pesar que es un evento que ingresa confirmado por clínica, es necesario tener en cuenta que en los brotes se tendrá que ajustar con resultado de las muestras, en un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas.

4. Fuentes de datos

4.1. Definición de las fuentes

Las estrategias básicas en la notificación individual de casos que incluye:

- Notificación individual de casos confirmados clínicamente a través de ficha de notificación
- Fuentes secundarias en RIPS.

4.2. Periodicidad de los reportes

Para la notificación de parotiditis se debe utilizar la ficha de notificación de datos básicos.

NOTIFICACIÓN	RESPONSABILIDAD
Notificación individual	Todos los casos de parotiditis confirmados clínicamente deben ser notificados de manera semanal a todos los niveles, en la ficha única de notificación de datos básicos o en la estructura del Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos de interés en Salud Pública (SIANIESP).
Notificación semanal	Los casos confirmados de parotiditis deben reportarse semanalmente, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el sistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública a la unidad notificadora municipal, la que a su vez reporta a la departamental y ésta al Instituto Nacional de Salud.
Notificación Colectiva	Notificación semanal de brotes de parotiditis en la ficha de datos colectivos con el código XXXX Semanalmente se realizará ajuste a la ficha colectiva de los casos que ingresen y se irán notificando todos los casos individuales pertenecientes al brote. El número de casos identificados en los brotes deben coincidir tanto en la fichas individuales, como en la ficha colectiva
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos que fueron notificados como confirmados de parotiditis pero que al final correspondían a otra enfermedad, se deben descartar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. Los ajustes permitidos son: 6 para descartar el evento después de haberse notificado como confirmado y D por error de digitación.

4.3. Flujo de información

El flujo de la información para la notificación de datos relacionado con el evento podrá ser consultado en el Manual del usuario, aplicativo SIVIGILA, a través del portal web del INS en el siguiente enlace: www.ins.gov.co avalado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Publica

En concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del año 2005, se debe notificar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace (CNE), toda la información de alertas, situaciones de emergencia o brotes que se presenten en el territorio nacional siguiendo las indicaciones del anexo II del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), ver anexo.

4.4. Responsabilidades por niveles

Las responsabilidades por niveles son las que se encuentran descritas en el Decreto 3518 de 2006 y Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

5. Recolección y procesamiento de datos

La vigilancia funcionará de manera permanente con la recolección diaria de los datos a través de la ficha de notificación a nivel nacional como evento 620, ingresándolo como caso confirmado por clínica no requiriendo ajuste, sin embargo, en los casos de brotes cuando se toman muestras estos se pueden ajustar como confirmados por laboratorio y los casos que se sigan presentando dentro de ese brote se ajustan como confirmados por nexo epidemiológico.
El virus de las paperas es la única causa conocida de la parotiditis que causa brotes, por tanto no se deben descartar los casos que presenten laboratorios negativos. Estos casos se ajustan como confirmado por nexo si existen casos con reportes positivos o existe mas de un caso confirmado por clínica, lo que estaría asociado a brote. En algunas ocasiones los reportes de laboratorio pueden dar negativos porque no se tuvo en cuenta los tiempos óptimos de recoleccion de la muestra con respecto al inicio de la inflamación de las parótidas, no disponder de medio de transporte para la muestra nasofaríngea o por la calidad de la muestra (recolección , transporte, mantenimiento etc)

Procesamiento de los datos: Se utilizará el aplicativo Sivigila para la recolección de variables demográficas, clínicas y epidemiológicas; el procesamiento de la información se realizará a través de la herramienta Microsoft Excel

6. Análisis de la información

Comportamiento de la notificación: se construirá una gráfica con el número de casos por semana epidemiológica.

Casos por entidad territorial: tabla de casos notificados por departamento y municipio de procedencia, números absolutos y porcentaje.

Variables demográficas y sociales: tabla de número de casos y porcentaje según área de procedencia, sexo, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica y edad. La distribución de los casos según la edad permite a las autoridades sanitarias detectar cualquier cambio en la epidemiología de esta enfermedad, conocer los grupos de edad más afectados y decidir los grupos de edad a los cuales se debe vacunar.

Indicadores: tabla con las incidencias global y en menores de cinco años para el evento.

Tendencia: gráfico comparativo de la notificación de casos del año en curso y el año inmediatamente anterior.

Canal endémico: a partir de la notificación de los últimos cinco años, sin incluir años endémicos del evento.

Brotes: analizar los informes de investigación de brotes con el fin de identificar los factores que podrían haber facilitado la circulación del virus. La entidad territorial deberá realizar el análisis del comportamiento del evento y la investigación de campo de brotes.

6.1. Indicadores

Se verificará el cumplimiento a la notificación de casos, la oportunidad en la investigación de casos, la toma de muestras y la identificación e intervención de contactos.

Nombre del indicador	Incidencia de parotiditis en población general
Definición	Se define como el número de casos nuevos de parotiditis que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Evaluar el ritmo de desarrollo de nuevos casos de parotiditis Riesgo de estar enfermo Evaluar la magnitud del evento Identificar grupos de edad vulnerables que requieren control y seguimiento
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos de Parotiditis notificados en el período ___. Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por parotiditis en el período (población general, población menor de cinco años, población menor de un año, nacidos vivos)
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos Población por grupos de edad, zona y sexo, fuente DANE
Interpretación del resultado	En el período __ se notificaron __ casos nuevos de Parotiditis /100.000 habitantes o personas en riesgo.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.
Meta	No aplica
Aclaraciones	La incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración

Nombre del indicador	Incidencia de parotiditis en menores de 5 años
Tipo de Indicador	Impacto
Definición	Se define como el número de casos nuevos de parotiditis que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Determinar la magnitud y caracterizar el evento en la población menor de cinco años
Definición operacional	Numerador: número de casos confirmados nuevos de Parotiditis en menores de cinco años. Denominador: población menor de cinco años.
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Bases de datos Sivigila y proyecciones de población DANE
Interpretación del resultado	Por cada 100.000 menores de cinco años de la entidad territorial ___se presentaron ___ casos de Parotiditis
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	0 %
Aclaraciones	Filtrar el número de casos según edad, incluyendo en el numerador solamente el número de casos presentados en menores de cinco años

Nombre del indicador	Brotes con investigación de campo y medidas de intervención
Tipo de Indicador	Proceso
Definición	Refleja el cumplimiento con el lineamiento de la investigación de campo para brotes y/o alertas del evento.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Permite estimar el cumplimiento en la aplicación del protocolo del evento por parte de las unidades notificadoras municipales.
Definición operacional	Numerador: número de brotes con investigación de campo. Denominador: total de brotes dentificados por cualquier fuente y notificados.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Ficha de notificación, informes de brotes y/o alertas.
Interpretación del resultado	El ___% de los brotes y/o alertas del evento fueron investigadas. Para el ___% de los brotes notificados se establecieron medidas preventivas sanitarias.
Nivel	Nacional, departamental, municipal
Meta	95 %
Aclaraciones	Parámetros para investigación: -Bueno: mayor del 90 %. -Regular: entre el 70 al 89 %. -Deficiente: 69,9 % o menor

7. Orientación de la acción

7.1. Acciones individuales

Aislamiento domiciliario de todos los casos confirmados por clínica mínimo nueve días a partir del inicio de la inflamación, si el o los pacientes hacen parte de la población privada de la libertad, debe garantizarse el aislamiento por el personal de salud de la entidad, si el o los casos se presentan en fuerzas especiales (Policía, Sanidad Militar u otros), se debe acondicionar dentro de la institución un lugar para el respectivo aislamiento donde se garanticen las condiciones higiénicas para asegurar su exitosa recuperación y evitar la aparición de nuevos casos.

- La notificación de casos confirmados por clínica es obligatoria.
- El diligenciamiento del total de las variables de los datos básicos es obligatorio e indispensable.
- El proceso de vigilancia debe orientar acciones de control inmediatas que eviten la aparición de nuevos casos.
- En el estudio de laboratorio se deben recolectar muestras **únicamente** ante la presencia de brotes, siguiendo los lineamientos establecidos por el Laboratorio de Virología del INS (ver recomendaciones para el diagnóstico de parotiditis).
- Manejo ambulatorio u hospitalario, este último sólo es indicado en casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de complicación (tratamiento sintomático, en la mayoría de casos con analgésicos y antipiréticos, y aislamiento respiratorio, que debe mantenerse hasta por nueve días desde el inicio de la inflamación).

Para evitar la propagación del virus de parotiditis, durante el tiempo de aislamiento se debe tener en cuenta:

- Restringir totalmente el contacto con gestantes, menores de 10 años, adultos mayores de 60 años, personas con cáncer, VIH, leucemia y falla renal.
- Realizar un proceso de desinfección general, principalmente de los baños, objetos utilizados, como menaje y elementos de uso común.
- Implementar el lavado de manos frecuente con agua y jabón abundante.
- Mantener adecuada ventilación.
- Suministrar información a todos los contactos de los casos sobre la enfermedad y la importancia de la consulta en caso de síntomas.

En el ámbito hospitalario

Se deben tener en cuenta las precauciones universales y de aislamiento (nueve días). Está demostrado que la higiene de manos es la estrategia más sencilla y efectiva en la reducción de infecciones ya que las manos se consideran la principal vía de transmisión de microorganismos durante la atención en salud.

La higiene de manos se realiza frotando las manos con una solución a base de alcohol, siempre y cuando las manos no estén visiblemente sucias, si las manos están visiblemente sucias o visiblemente contaminadas con sangre u otros fluidos corporales o después de ir al baño, es necesario lavarse las manos con agua y jabón.

Precauciones de aislamiento por gotas

Corresponden a la clasificación de aislamiento respiratorio donde la transmisión es generada por gotas de más de 5 micras, y no se desplazan a más de un metro. Se deben tener en cuenta las siguientes especificaciones:

- Tener un cuarto aislado, teniendo en cuenta que pacientes con el mismo microorganismo pueden compartir la habitación.
- Higiene de manos cumpliendo con los cinco momentos:
- Ubicar al paciente a una distancia no menor de un metro de los otros pacientes
- Utilizar mascarilla para estar a menos de un metro del paciente o para realizar cualquier procedimiento.
- El transporte del paciente debe ser limitado, y en caso de ser necesario se debe utilizar mascarilla• La bata y los guantes se utiliza si existe riesgo de salpicadura.
- Los artículos contaminados deben ser limpiados y desinfectados.
- Las visitas deberán ser restringidas y orientadas a garantizar las precauciones.

7.2. Acciones colectivas

Búsqueda activa de casos y contactos

- Relacionar todos los contactos domiciliarios y laborales en la tabla de censo domiciliario (como mínimo debe contener la fecha de investigación, investigadores responsables, residencia o institución investigada, barrio o área, número de identificación, nombres y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, malestar general, tumefacción, hinchazón, vómito, cefalea, dolor de garganta, fiebre. otros aspectos a tener en cuenta: fecha de inicio de los síntomas, contacto reciente con otros casos, asistencia a eventos masivos en los que hayan participado últimamente, personas con inmunodeficiencias (leucemias, tumores, infección por VIH), contacto con menores de 1 año, contacto con mujeres embarazadas (semanas de gestación), entre otros.
- Verificar el cuadro clínico.
- Elaborar un cronograma diario de los desplazamientos del caso durante los 12 a 25 días previos a la aparición de la inflamación y hasta nueve días después con el objetivo de establecer posibles sitios de contagio.
- Realizar el seguimiento de contactos hasta por dos períodos de incubación, con el fin de verificar la aparición o no de nuevos casos.
- Verificar el estado vacunal del caso y de los contactos.
- Indagar en las viviendas situadas alrededor de la casa del caso y la aparición de sintomáticos.
- Realizar monitoreo rápido de coberturas de vacunación (MRC) como herramienta de evaluación de las intervenciones. Este debe realizarse en cinco manzanas (incluida la del caso) en el área de ocurrencia si es urbano y en toda la vereda, si es rural. Encuestar mínimo 20 viviendas y 25 niños menores de cinco años.
- Si se verifica que es un brote, seguir las indicaciones de respuesta de un brote de parotiditis.

Contactos cercanos

Los contactos son todas las personas que viven en la misma casa o que estuvieron en contacto con el caso durante el período infeccioso (desde siete días antes de la inflamación hasta nueve días después). Estos contactos pueden ser familiares, escolares, laborales o sociales.

Frente a la aparición de signos clínicos de parotiditis, el contacto debe permanecer aislado en casa por nueve días, no debe ir a la escuela, al preescolar, al trabajo, a la iglesia, a clubes, a reuniones, a fiestas, etc.

Respuesta a un brote de parotiditis

Cuando se confirma un caso por clínica y se sospecha un brote, se debe iniciar una investigación minuciosa e iniciar las actividades de control de brotes sin esperar a la confirmación de laboratorio. Una vez se establezca la presencia de un brote, la dirección municipal o distrital de salud debe iniciar las actividades descritas en el protocolo de atención de brotes.

Las medidas de control de brotes en cárceles deben ser realizada por la entidad municipal y/o departamental y concertada con el centro carcelario e INPEC.

Realizar informe reporte de situación SITREP para todos los brotes independiente del tipo de población, en los tiempos estipulados (24 , 72 horas o más SITREP si la situación lo amerita).

El informe de SITREP debe contener:

- Los antecedentes del brote, situación actual del brote con la descripcion de la misma, cantidad de enfermos, expuestos, caracterizacion en tiempo lugar y persona.
- Identificación del caso índice: determinar el primer caso identificado.
- Identificación de nuevos casos: se realizará una búsqueda activa a través de los contactos del caso índice y además se deberá identificar a los

sujetos susceptibles.
- Curva epidémica y actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas y conclusiones.

Para revisión contenido SITREP puede remitirse a la página del Instituto Nacional de Salud donde podrá bajar el instructivo de diligenciamiento para mayor información.

Así mismo al cierre del brote se debe enviar un informe final de estudio de brote, que contenga descripcion completa de la caracterizacion de la situacion, actividades implementadas y corresponder con los pasos de investigación de brotes, incluyendo las conclusiones y limitaciones encontradas. Estos informes se envían de acuerdo al flujo de información establecidos: entidad municipal al departamental y este a nivel nacional

A nivel central solo se debe enviar informes de brote ocurridos en establecimientos penitenciarios y carcelarios, Fuerzas Militares, Policía Nacional, población indígena, población migrante y centros hospitalarios. En caso de requerirse deben enviar informes de brotes de otro tipo de población.

Búsqueda activa institucional (BAI)

El inicio de una estrategia de búsqueda activa en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) es útil para explorar la aparición de casos de parotiditis que no se hayan reportado o detectado en el sistema.

Esta estrategia debe realizarse ante la presencia de un brote con la intención de buscar casos en las IPS, alrededor del sitio de residencia o municipio en donde se hayan identificado casos confirmados clínicamente.

Para realizar la BAI en casos de Parotiditis tenga en cuenta los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) descritos a continuación:

Nombre del código	Código CIE-10
Meningitis por parotiditis (g02.0*)	B260
Encefalitis por parotiditis (g05.1*)	B261
Pancreatitis por parotiditis (k87.1*)	B262
Parotiditis infecciosa con otras complicaciones	B268
Parotiditis sin complicaciones	B269
Orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso	N459
Absceso periamigdalino	J36
Absceso retrofaringeo y parafaringeo	J390
Otros abscesos de la faringe	J391
Absceso de glándula salival	K113
Enfermedad de glándula salival. No especificada	K119
Celulitis y absceso de boca	K122
Otras enfermedades de las glándulas salivales	K118

7.3 Acciones de laboratorio

Las acciones de laboratorio que se deben realizar únicamente ante la presencia de brotes, recolección de muestras de cinco hasta maximo 10 pacientes sintomáticos diagnosticados en un brote, incluyendo de ser posible el caso índice.

Algoritmo de diagnóstico

- En pacientes con muestras para serología y detección viral, se realizarán inicialmente pruebas de RT-PCR[i].
- Si se tiene un resultado positivo, no es necesario realizar más pruebas.
- Si los resultados son negativos, se realizará la prueba de IgM, y de ser necesaria y posible, la IgG
- En pacientes que solo tengan muestra de suero, solo se realizará la prueba de IgM.

Prueba	Muestra	Tiempo óptimo recolección muestra	Ventaja	Desventaja
Detección de anticuerpos IgM	Suero	Máximo 30 días después del inicio de los síntomas	Técnica sencilla y económica	Tasa alta de falsos negativos en pacientes con antecedente de vacunación, por lo cual un resultado negativo no es concluyente.
Cuantificación de anticuerpos IgG	Sueros pareados	La 2.ª muestra se debe recolectar 15 días después de la 1.ª	Técnica sencilla y económica	Requiere sueros pareados
Detección del virus por RT-PCR convencional	Hisopado bucal	Hasta nueve días después del inicio de síntomas	Un resultado positivo es muy confiable, es concluyente. Permite hacer genotipificación y epidemiología molecular	Un resultado negativo no es concluyente, ya que la sensibilidad se ve influenciada por el tiempo de recolección de la muestra con respecto al inicio de síntomas, y por la calidad de la muestra (recolección, transporte, mantenimiento, etc.). Técnica más costosa
	Hisopado faríngeo	Hasta nueve días después del inicio de síntomas		
	Orina	Hasta 14 días después del inicio de síntomas		

8. Comunicación del riesgo

Los resultados de la notificación semanal se publicarán en el boletín epidemiológico, con periodicidad trimestral en un informe de evento y se generará un informe anual con el consolidado de la vigilancia de parotiditis; smne debe establecer comunicación con las entidades territoriales, con el fin de retroalimentar acerca del comportamiento del evento a nivel local y conocer las acciones establecidas en el caso de brotes.

Cuando sea necesario se deben generar alertas locales, regionales o nacionales para informar sobre la situación y las medidas preventivas que se deben implementar en la comunidad médica, población en riesgo o población general.

9. Referencias bibliográficas

1. Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Estadounidense de Pediatría. COID. El Libro Rojo de Pediatría. Edición: 29ª. 2012.
2. Asociación de Medicos de Sanidad Exterior (AMSE). Inf. Epidemiológica Parotiditis. Epidemiología y situación mundial. Parotiditis epidémica. 2012; Available from: https://www.amse.es/informacion-epidemiologica/114-parotiditis-epidemiologia-y-situacion-mundial
3. Benenson, A. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles. OPS. Publicación científica-No.564. 2001. Disponible en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf
4. Manual para la Vigilancia de Enfermedades Prevenibles por Vacunas [Internet]. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Capítulo 9: Paperas [consultado el 07 de julio de 2019]. Disponible en: http:www.cdc.gov/mumps/outbreaks-sp.html
5. Comité nacional para la vigilancia epidemiológica CONAVE. 23 de abril 2018. CONAVE 03 2018. Casos de parotiditis infecciosa en México.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Página web Ministerio de Salud y Protección Social. [En linea].; 2017 [consultado 2017 noviembre. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/SRP.pdf.

10. Control de revisiones

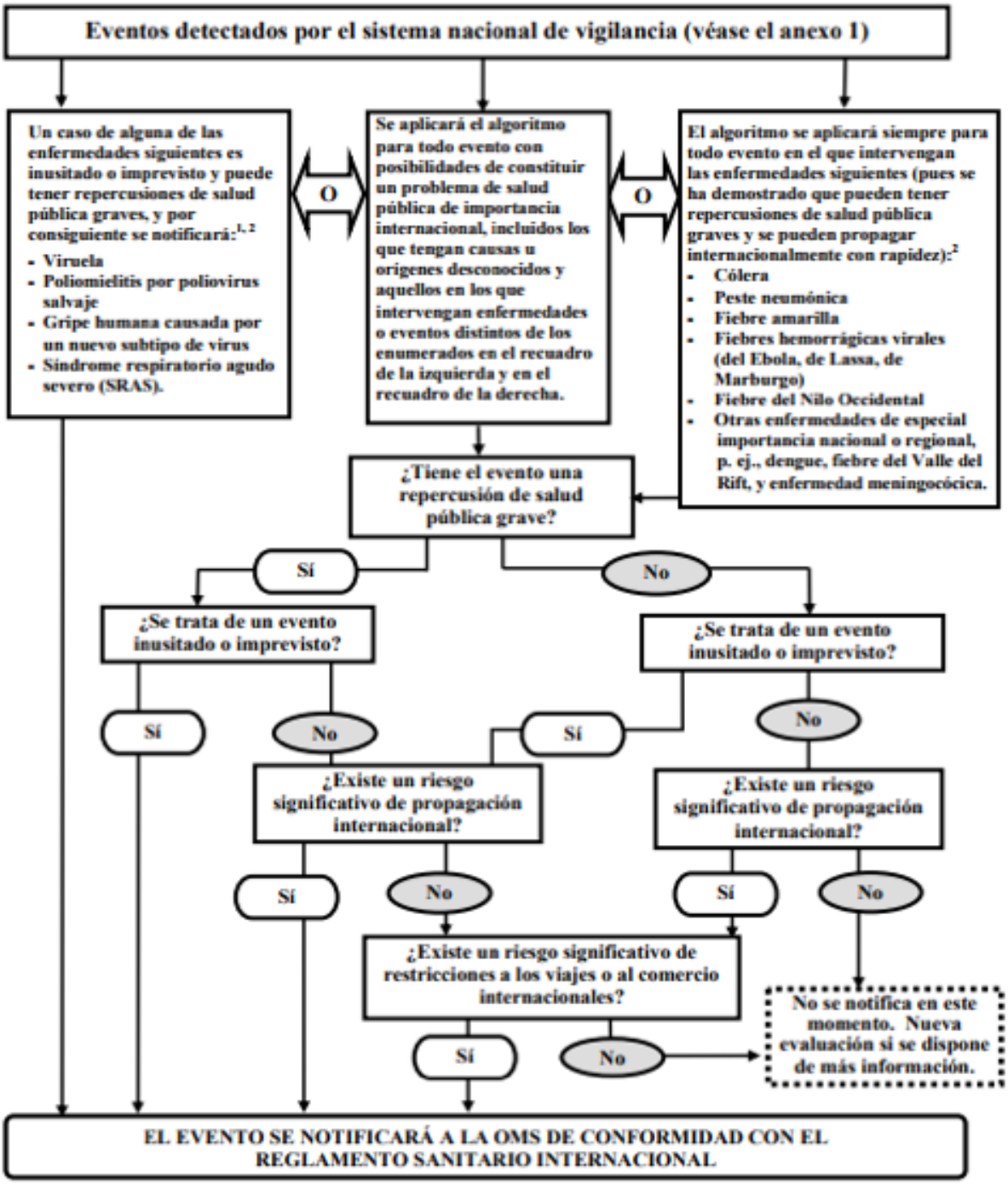
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2011	07	15	Creación del documento	Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria
01	2014	06	11	Actualización de conceptos, normatividad y formato.	Orlando Castillo Líder equipo Inmunoprevenibles
02	2017	05	25	Revisión y actualización	Adriana Gómez Profesional especializado
03	2017	12	29	Revisión y ajuste	Amparo Sastoque Referente del evento
04	2019	12	26	Revisión y actualización	Adriana Lucia Medina Rubio Referente del evento

REVISÓ	APROBÓ
Diana Marcela Walteros Acero	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

Ficha de notificación datos básicos ubíquela en el siguiente link.
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Datos_B%C3%A1sicos_2019.pdf

ANEXO 2
INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE PUEDEN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL



[1] Según las definiciones de casos establecidas por la OMS.
[2] Esta lista de enfermedades se utilizará exclusivamente para los fines del presente Reglamento.