

# Protocolo de Vigilancia de Parotiditis

Código 620

Versión: 05

Fecha: 27 de marzo de 2022

Grupo de enfermedades transmisibles prevenibles  
por vacunación y relacionadas con la atención en salud

[transmisibles@ins.gov.co](mailto:transmisibles@ins.gov.co)

@INSColombia



## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

### Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ  
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### Elaboró

HELENA PATRICIA SALAS SUSPES  
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles  
por Vacunación y Relacionadas con la Atención en Salud

### Actualizó

CARLOS ALBERTO HERNANDEZ LONDOÑO  
DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ  
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles  
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

### Revisó

NATALI PAOLA CORTES MOLANO  
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles  
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

JOSE ORLANDO CASTILLO PABÓN  
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles  
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

NIDIA ESPERANZA GONZALEZ TOLOZA  
Grupo Enfermedades No Transmisibles

### Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO  
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,  
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

**Cita:** Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Parotiditis. versión 5. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.43>

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

### Tabla de contenido

---

<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Situación epidemiológica</b>	<b>5</b>
1.1.1. Situación epidemiológica mundial	5
1.1.2. Situación epidemiológica en América	6
1.1.3. Situación epidemiológica nacional	6
<b>1.2. Estado del arte</b>	<b>7</b>
<b>1.3. Justificación para la vigilancia</b>	<b>9</b>
<b>1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivos específicos</b>	<b>10</b>
<b>3. Definiciones operativas de caso</b>	<b>10</b>
<b>4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Estrategias de vigilancia</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Responsabilidad por niveles</b>	<b>11</b>
4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social	12
4.2.2. Instituto Nacional de Salud	12
4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	12
4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	12
4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud	13
4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos	13
<b>5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información</b>	<b>14</b>
<b>5.1. Periodicidad del reporte</b>	<b>14</b>
<b>5.2. Flujo de información</b>	<b>14</b>
<b>5.3. Fuentes de información</b>	<b>14</b>
<b>6. Análisis de la información</b>	<b>15</b>
<b>6.1. Procesamiento de los datos</b>	<b>15</b>
<b>6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales</b>	<b>15</b>
<b>7. Orientación para la acción</b>	<b>15</b>
<b>7.1. Acciones individuales</b>	<b>15</b>
7.1.1. Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)	17

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

<b>7.2. Acciones colectivas</b>	<b>17</b>
7.2.1. Información, educación y comunicación	17
7.2.2. Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)	17
7.2.3. Búsqueda Activa Institucional (BAI)	18
7.3. Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública	18
7.4. Acciones de laboratorio	20
7.4.1. Obtención de muestras para estudio por laboratorio	20
7.4.2. Conservación, embalaje y transporte de muestras	21
7.4.3. Análisis de resultados de laboratorio	22
<b>8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia</b>	<b>22</b>
<b>9. Indicadores</b>	<b>23</b>
<b>10. Referencias</b>	<b>25</b>
<b>11. Control de revisiones</b>	<b>26</b>
<b>12. Anexos</b>	<b>26</b>

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

### 1. Introducción

La parotiditis (paperas) es una enfermedad viral caracterizada por fiebre e inflamación de una o más de las glándulas salivares, por lo general de la parótida. No todos los casos de parotiditis son causados por el virus de la parotiditis, sino que hay otros virus que pueden ocasionarla, no siempre de forma epidémica (1).

La parotiditis es una enfermedad sistémica de distribución universal, y el ser humano es el único huésped natural conocido. Se reconoce al virus de las paperas como la única causa de la parotiditis epidémica (2).

Cerca de un tercio de las personas susceptibles y expuestas tienen infecciones no manifiestas; muchas de las infecciones de los niños menores de dos años son subclínicas. Las estaciones de mayor incidencia, en zonas templadas, son el invierno y la primavera (3).

En la era anterior a la vacunación, las paperas fueron una causa notable de morbilidad en los Estados Unidos, con más de 100 000 casos reportados cada año. Las paperas fueron una enfermedad infantil universal, con mayor incidencia entre los niños de 5 a 9 años (4).

En los últimos años, un resurgimiento global de casos de paperas en países desarrollados y casos de meningitis aséptica causados por algunas cepas vacunales contra la parotiditis han renovado la importancia de Infección por el virus de las paperas en todo el mundo (5).

En los Estados Unidos, la incidencia de parotiditis ha disminuido considerablemente desde que se comenzó a usar en forma amplia la vacuna anti-parotiditis 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 (3).

#### 1.1. Situación epidemiológica

Para fines del 2018, de los 122 (63 %) estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) habían implementado al menos una dosis de una vacuna que contenía el virus de las paperas en sus programas nacionales de inmunización. A nivel mundial, la primera dosis de la vacuna contra las paperas generalmente se administra a los 12 a 18 meses de edad y una segunda dosis se administra a los 2 a 6 años (4).

##### 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 100 a 1 000 casos por cada 100 000 habitantes, con picos epidémicos cada dos a cinco años. La mayor tasa de incidencia registrada entre 2010 y 2020 fue de 196,5 casos por 1 000 000 de habitantes en 2011, llegando a su mínimo registro en 2020, año donde los estados miembros notificaron a las OMS 269 630 casos de parotiditis infecciosa, con una tasa de incidencia global de 65,5 casos por cada 1 000 000 de habitantes en población general (6).

Del 1 de enero de 2021 al 3 de enero de 2022 (dato preliminar al 22 de febrero 2022), 33 estados y el Distrito de Columbia en los EE. UU informaron infecciones de paperas en 144 personas al Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los estados con mayor

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

número de casos fueron California, Illinois y Texas con 15 casos reportados, respectivamente (6).

Los brotes recientes de paperas entre adultos jóvenes en todo el mundo también ilustran un resurgimiento de las paperas en países que alguna vez controlaron con éxito la transmisión viral. A diferencia de los brotes recientes en los EE. UU. entre adolescentes y adultos jóvenes altamente vacunados, algunos de estos brotes se debieron a factores adicionales, como el uso de vacunas con baja inmunogenicidad (es decir, vacunas que contienen la cepa Rubini); índices decrecientes de cobertura vacunal y falta de vacunación, incluso debido al incumplimiento de los calendarios de vacunación, escasez de vacunas, vacunación de recuperación perdida o eliminación del antígeno del virus de las paperas (6).

### 1.1.2. Situación epidemiológica en América

En la región, en 2018 se registró un total de 68 290 casos de parotiditis con una incidencia de 109,1 casos por 1 000 000 en población general, para el 2019 se observó un descenso en el número de casos, registrándose 60 294 casos en población general pero un aumento en la incidencia con 131,5 casos por 1 000 000 habitantes, en 2020 debido, entre otros, a las medidas de aislamiento y bioseguridad implementadas a raíz de la pandemia de COVID-19 en el mundo, en las Américas se registró el menor número de casos presentado desde 2016 con 22 202 casos y una incidencia en población general de 22,1 casos por 1 000 000 habitantes (7).

Países como Venezuela reportaron en 2020 alrededor de 83 casos de parotiditis con un número muy variable de casos reportados a través de los últimos años, registrando

en 2016 50 casos, en 2017 81 casos, en 2018 no reporta y en 2019 125 casos; Chile con 2 110 casos para el 2020 registra un descenso respecto al 2018, año donde registró 14 865 casos y una incidencia de 793,7 casos por 1 000 000 habitantes en población general. Argentina en 2019 reportó un aumento de casos (9 278) respecto a 2018 (7 715) y un fuerte descenso en 2020 (3 776) en población general; Perú presentó en 2020, 486 casos y México 3 522, estos dos últimos países han reportado casos solo en 2019 y 2020 (7).

### 1.1.3. Situación epidemiológica nacional

En Colombia, desde 2010 a 2020 se han notificado al Sistema de Vigilancia epidemiológica 143 019 casos, siendo en 2018 donde se registró el mayor número de casos (19 317), con un promedio de 196 casos notificados por semana. Durante este periodo, se evidencia un pico en la notificación de casos durante 2010 y 2011 con 10 383 y 16 127 casos, respectivamente. El segundo incremento se presentó entre 2016 a 2018 (8).

Los años epidémicos identificados corresponden al 2011 y 2018, dados los incrementos significativos con aumento de las incidencias cada seis a siete años (8).

Durante 2020 la incidencia de casos en población general reportada fue de 10,7 por 100 000 habitantes y en población menor de cinco años de 14 por 100 000 menores de cinco años. La población más afectada por grupo de edad corresponde a jóvenes entre los 20 a 24 años, seguido a personas de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica los grupos indígenas representaron el 1 % y la población privada de la libertad el 4,8 % (8).

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

La carga de enfermedad por parotiditis se encuentra distribuida históricamente en grupos de edad escolar, menores de cinco años hasta los 14 años. En la observación histórica, los grupos de edad económicamente activos han venido en aumento con una representatividad cercana al 43 % del total de los grupos en la observación de 2007 – 2019. Para el 2020 se observa una disminución de los grupos menores de 14 años y un aumento importante de la población económicamente activa, quien estuvo más expuesta al desarrollo de enfermedades en este año (8).

Las incidencias desagregadas por grupo de edad muestran un marcado descenso para 2020 en los grupos de edad de menores de un año, de uno a cuatro y de cinco a nueve, con incidencias menores a 2 casos por cada 100 000 habitantes con respecto a años anteriores. Para los adultos entre 20 y 34 años, la incidencia fue 1,39 casos por cada 100 000 habitantes, mostrando un gran panel de susceptibles en este grupo de edad al igualar estas cifras con los grupos de edad históricamente afectados (8).

En 2020 las entidades territoriales que aportaron mayor número de casos fueron Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, esto de acuerdo con sus densidades poblacionales con promedio entre 53,7 casos por semana. Las entidades territoriales con mayor incidencia de casos fueron Putumayo, Vaupés, Huila y Archipiélago de San Andrés y Providencia con cifras entre 20 y 30 casos por cada 100 000 habitantes, y en menores de cinco años entre 16 y 31 casos por 100 000 habitantes (8).

La incidencia y la presentación de parotiditis se vio seriamente disminuida a nivel nacional en 2020 pasando de 10,03 casos por 100 000 habitantes a 39,58 y 30,92 casos por 100 000 habitantes en 2018 y 2019,

respectivamente; este comportamiento relacionado a las medidas de aislamiento y contención adoptadas para la mitigación de la enfermedad por COVID-19 en el país, lo que contribuyó además a la disminución en el número de brotes registrados en el periodo, respecto al año inmediatamente anterior, toda vez que en 2019 se registraron 59 brotes y en 2020 25 (8).

### 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 (4).

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 a 30 % de los hombres post adolescentes, y la esterilidad es una secuela extraordinariamente rara. Puede aparecer mastitis en el 31 % de las mujeres mayores de 15 años; cerca de 40 a 50 % de las infecciones por parotiditis se presenta con síntomas de las vías respiratorias, particularmente en los niños menores de cinco años (3).

La parotiditis origina pérdida neurosensorial de la audición en los niños, con una incidencia de cinco por cada 100 000 casos. Entre las complicaciones excepcionales se incluyen artritis, tiroiditis, glomerulonefritis, encefalitis (uno a dos por cada 10 000 casos), pancreatitis (4 %) y trastornos auditivos irreversibles. La parotiditis durante el primer trimestre del embarazo puede aumentar la tasa de aborto espontáneo, pero no hay pruebas definitivas de que la

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

enfermedad durante la gestación produzca malformaciones congénitas (2,3) (ver tabla 1).

**Tabla 1. Características generales de la Parotiditis**

Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	Es un virus RNA, encapsulado, de tipo Paramyxovirus, de la familia Paramyxoviridae, género Rubulavirus, virus de las paperas.
<b>Modo de transmisión</b>	Por vía aérea a través de gotas respiratorias y contacto directo a través de la saliva o la mucosidad de la boca, nariz o garganta de una persona infectada. Requiere de contacto estrecho para diseminarse, especialmente en poblaciones vacunadas (3)
<b>Periodo de transmisibilidad</b>	El virus ha sido aislado de la saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad y de la orina desde 6 días antes hasta 15 días después del inicio del cuadro clínico. El período de transmisibilidad se establece desde 2 días antes del comienzo de la enfermedad hasta 9 días después (período de máxima transmisibilidad 2 días antes del inicio del cuadro hasta 4 días después). Las personas con infecciones subclínicas o asintomáticas pueden ser transmisibles (3).
<b>Período de incubación</b>	De 16 a 18 días con un rango entre 12-14 hasta 25 días.
<b>Susceptibilidad</b>	La inmunidad suele durar de por vida y se adquiere tanto después de la infección no manifiesta como de los cuadros sintomáticos. Aunque recientemente se han confirmado casos de reinfección por el virus.
<b>Reservorio</b>	Los seres humanos son el único reservorio para el virus de las paperas.

La medida de prevención más eficaz es la vacunación. En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) incluye a partir de 1995, la vacuna triple viral para los niños de un año con un refuerzo a los diez años de vida. En 2002 se modificó la edad de aplicación del refuerzo, pasando esta a los cinco años de vida. En 2020 presenta una cobertura de vacunación de este biológico del 90,5 % (9). 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 %) (4). 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 (4).

Se recomienda tener en cuenta los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación (EAPV) 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



## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

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 Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como un error programático y a la Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) para el respectivo seguimiento a la madre y al producto de la gestación (9).

### 1.3. Justificación para la vigilancia

La parotiditis es una enfermedad viral aguda infectocontagiosa epidémica, en ausencia de vacunación la incidencia oscila entre 100 a 1 000 casos por cada 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. La efectividad de la vacuna es de aproximadamente 80 % para una dosis y de 90 % tras dos dosis, la efectividad se ve reducida con el paso de los años; es por esto por lo que en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas (9).

La vigilancia de este evento permite observar la distribución y comportamiento del virus, 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 del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP); que tiene como meta para el 2021, mantener en todo el territorio nacional el control de la incidencia de esta enfermedad (10).

### 1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el 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 realizar medidas de prevención y control del evento en las entidades territoriales y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Un caso en población confinada se considera un brote.

Los usuarios de esta información son:

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Unidades Informadoras (UI) y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)
- Laboratorios de Salud Pública
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Comunidad médica
- Población en general.

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

### 2. Objetivos específicos

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de la parotiditis en el país.
2. Detectar cambios en la presentación epidemiológica de la enfermedad e identificar grupos de riesgo.
3. Identificar, investigar e intervenir oportunamente los brotes.
4. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para la vigilancia del evento.

### 3. Definiciones operativas de caso

La vigilancia del evento se realiza de manera semanal, las definiciones operativas de caso se relacionan en la tabla 2.

Las definiciones operativas de brote relacionan en la tabla 3.

**Tabla 2. Definiciones operativas de caso para la vigilancia de parotiditis**

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 (debe descartarse antecedente vacunal en las seis semanas previas al inicio de los síntomas)
Caso confirmado por nexo epidemiológico	Contacto con un caso de parotiditis confirmado por clínica o por laboratorio entre 14-25 días antes del inicio de los síntomas.
Ajustes	<p>Los ajustes a la información de casos que fueron notificados como confirmados por parotiditis pero que finalmente correspondían a otra enfermedad, se deben descartar a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a su notificación, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.</p> <p>Los ajustes permitidos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6: descarte del evento</li> <li>• D: por error de digitación.</li> </ul>

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

**Tabla 3. Definiciones operativas de caso para la vigilancia de brotes de parotiditis**

Definición operativa de brote	
<b>Caso confirmado por laboratorio</b>	<p>Caso notificado como confirmado por clínica, que esté relacionado a un brote y que cumpla con alguno de los siguientes criterios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico serológico: prueba de IgM positiva y aumento de 4 veces o más en títulos IgG de muestras pareadas, donde la primera muestra se recolecta entre el 4to y 8vo día de inicio de síntomas y la segunda muestra 15 días después de la primera.</li> <li>- Detección de ácidos nucleicos: detección de ADN mediante PCR</li> </ul>
<b>Población</b>	<b>Características de la clasificación</b>
<b>Comunidad (poblaciones concentradas)</b>	<p>Dos casos o más con nexo epidemiológico. Colegios, escuelas, jardines escolares</p>
<b>Población Privada de la Libertad (PPL) FFMM Policía Nacional</b>	<p>Presencia de un solo caso. PPL: EPMC, URI, Unidad permanente de policía FFMM: guarniciones del ejército y de la Armada Policía Nacional: escuelas de formación Hogares para cuidado de adulto mayor</p>
<b>Ajustes</b>	<p>Los ajustes a la información de casos que fueron notificados como confirmados por parotiditis pero que finalmente correspondían a otra enfermedad, se deben descartar a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a su notificación, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.</p> <p>Los ajustes permitidos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6: descarte del evento</li> <li>• D: por error de digitación.</li> </ul>

## 4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

### 4.1. Estrategias de vigilancia

Se utilizará la estrategia de vigilancia pasiva y activa, la cual operará en las UPGD que conforman el sistema de vigilancia en salud pública.

La vigilancia pasiva se realiza mediante:

- Notificación semanal de casos individuales a través de la ficha 620 y colectiva en la ficha 621 (ver anexo 1 y 2).

La vigilancia activa se realiza mediante:

- Búsqueda Activa Institucional
- Búsqueda Activa Comunitaria
- Seguimiento a medios de comunicación nacionales, departamentales y locales para identificar noticias, rumores del evento y generar alertas tempranas para el seguimiento del evento.

### 4.2. Responsabilidad por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) (11,12). Adicionalmente, para la vigilancia de parotiditis:

### 4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

### 4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Recibir, consolidar, depurar y analizar la información del comportamiento de la parotiditis en el país con la información reportada a través del sistema de vigilancia.
- Brindar asistencia técnica a los referentes de las unidades notificadoras a nivel distrital y departamental para garantizar el flujo continuo de información al INS y la vigilancia de parotiditis.
- Asesorar a las entidades territoriales para el desarrollo de acciones frente a brotes de parotiditis.
- Retroalimentar a los involucrados en el proceso de notificación de información a través de informes y boletines de distribución nacional.

### 4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Realizar el seguimiento de los casos de parotiditis que son captados en su red contratada y mantener

estrecha comunicación con el objeto de hacer seguimiento a su evolución clínica.

### 4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud

- Garantizar equipos de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública.
- Seguimiento al comportamiento semanal del evento con el fin de detectar oportunamente comportamientos inusuales y reporte de situaciones de salud.
- Generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE, informes de evento, tableros de control, entre otros.
- Realizar la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de los casos de parotiditis, con base en la información suministrada por las UPGD.
- Brindar asistencia técnica de forma permanente a los municipios o UPGD respecto al funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el apoyo técnico necesario en la ocurrencia de casos y/o brotes de Parotiditis.
- Participar en las salas de análisis del riesgo, presentando información necesaria para toma de decisiones en investigación epidemiológica y para la clasificación de los casos.
- Garantizar y apoyar técnicamente a los municipios o UPGD en la toma, embalaje, envío y seguimiento de

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

las muestras biológicas destinadas para realizar las pruebas de laboratorio pertinentes.

- Consolidar, evaluar y analizar la información de sus UNM o UPGD según corresponda y generar los reportes necesarios para fortalecer los procesos de retroalimentación y divulgación de resultados.
- Realizar los informes requeridos y remitir al INS.
- Remitir en los tiempos establecidos las unidades de análisis de casos de parotiditis con condición final fallecidos.
- Capacitar a la red en la toma, diagnóstico, interpretación de las pruebas y envío de muestras para diagnóstico de parotiditis, cuando así se requiera.

### 4.2.5 Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Garantizar equipos de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública.
- Monitoreo y seguimiento al comportamiento semanal del evento con el fin de detectar oportunamente comportamientos inusuales y reporte de situaciones de salud.
- Generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE, informes de evento, tableros de control, entre otros.
- Realizar notificación de acuerdo con los lineamientos del protocolo.

- Realizar la investigación epidemiológica de campo adecuada de todos los brotes de parotiditis, dentro de las primeras 48 horas después de la notificación.
- Garantizar los mecanismos pertinentes para la evaluación de la oportunidad y la calidad de la información proveniente de las UPGD.
- Consolidar, evaluar y analizar la información de sus UPGD y generar los reportes necesarios para fortalecer los procesos de retroalimentación y socialización de resultados.
- Realizar las acciones que conlleven al cumplimiento de los Lineamientos para la Vigilancia y Control de Eventos de interés en Salud Pública vigentes y que se relacionan con la vigilancia del evento contenido en este protocolo.
- Realizar oportunamente la unidad de análisis de casos de parotiditis con condición final fallecidos.

### 4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Realizar notificación semanal de los casos de parotiditis siguiendo el flujo de información establecido por el sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Asegurar las intervenciones individuales y colectivas, que sean de su competencia.
- Suministrar de manera oportuna la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

### 5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información

#### 5.1. Periodicidad del reporte

La información será requerida de manera semanal en términos de la notificación de casos (ver tabla 4).

#### 5.2. Flujo de información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos, se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manual-sivigila-2018-2020.pdf>

**Tabla 4. Periodicidad de los reportes**

Notificaciones	Responsabilidad
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

#### 5.3. Fuentes de información

##### Fuente primaria

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento parotiditis (código: 620).

##### Fuente secundaria

Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento parotiditis, estas fuentes corresponden a:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- Historias clínicas.
- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados (RUAF).
- Registro de pruebas de laboratorio

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

### 6. Análisis de la información

#### 6.1. Procesamiento de los datos

Para la depuración de los casos notificados se deben excluir los casos con ajuste D (error de digitación), casos repetidos por número de documento y por nombres y apellidos.

#### 6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Los casos se analizan de acuerdo con la procedencia del caso.

Se hará cálculo de frecuencias absolutas y acumuladas, proporciones, tasas y razones y se utilizarán medidas de tendencia central como media y mediana. Como herramientas de presentación de los resultados, se crearán cuadros, gráficos, tablas y mapas.

**Comportamiento de la notificación:** se construirá una gráfica de columnas 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). Mapas para establecer los lugares con silencio epidemiológico. Tabla de casos de parotiditis notificados por UPGD (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.

**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.

El análisis de los comportamientos inusuales se realiza usando cálculo de probabilidades de Poisson, comparando periódicamente la notificación observada con el comportamiento histórico del evento, para detectar aumento o disminución inusitado de casos.

### 7. Orientación para la acción

El proceso de vigilancia deberá orientar acciones inmediatas relacionadas con los casos notificados, a fin de determinar la presencia de un posible brote o casos aislados, determinar la fuente de infección para focalizar las acciones de control pertinentes. Todos los casos deben generar acciones individuales y acciones colectivas para garantizar una adecuada vigilancia epidemiológica de parotiditis y lograr la clasificación final de caso.

#### 7.1. Acciones individuales

- Detectar y notificar los casos de parotiditis.
- Realizar investigación epidemiológica de campo en casos que configuren un brote o que por su naturaleza se deba realizar la misma para descartar o confirmar la presencia de brote.
- Verificar el estado vacunal del caso y de los contactos.

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

- Realizar seguimiento a contactos hasta por dos períodos de incubación, con el fin de verificar la aparición o no de nuevos casos. Si se identifica un contacto sintomático, se debe asegurar el aislamiento.
- Manejo ambulatorio u hospitalario en casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de complicación (tratamiento sintomático, en la mayoría de los casos con analgésicos y antipiréticos, y aislamiento respiratorio, que debe mantenerse hasta por nueve días desde el inicio de la inflamación).
- Aislamiento domiciliario mínimo nueve días a partir del inicio de la inflamación.
- En población privada de la libertad debe garantizarse el aislamiento del caso por el personal de salud de la entidad
- En población de la fuerza pública (Policía Nacional y Fuerzas Militares) se debe acondicionar dentro de la institución un lugar para el respectivo aislamiento, garantizar condiciones higiénicas para la recuperación del caso y evitar la aparición de nuevos casos.
- 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 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.
- El paciente hospitalizado debe tener un cuarto aislado, mantener la higiene de manos cumpliendo con los cinco momentos, 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, utilizar bata y guantes si existe riesgo de salpicadura, limpiar y desinfectar artículos contaminados, restringir visitas. Si debe compartir habitación, se debe mantener una distancia mínima un metro entre los pacientes.
- Realizar unidades de análisis de casos de parotiditis con condición final muerto, se realizarán de conformidad a la metodología propuesta por el grupo de unidad de análisis de casos especiales del INS.
- Orientar las medidas de control que deben adelantarse frente a un caso notificado, como son: aislamiento domiciliario del caso, educación, lavado de manos frecuente, uso de tapabocas de alta eficiencia por parte del enfermo.
- 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).



## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

### 7.1.1. Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)

Ante la notificación de un caso de parotiditis que este relacionado con brote, se debe realizar IEC en las primeras 48 horas después de la notificación, debe incluir:

- Identificar y caracterizar el caso según tiempo, lugar y persona y situaciones de riesgo.
- Verificar cuadro clínico
- Elaborar línea de tiempo 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 y población a riesgo.
- Investigar posible fuente infección: preguntar sobre antecedentes de viaje, 25 días antes del inicio de inflamación de parótidas.

### 7.2. Acciones colectivas

#### 7.2.1. Información, educación y comunicación

Realizar capacitaciones de manera continua acerca del comportamiento, manejo de la parotiditis y las medidas preventivas que se deben implementar en el personal de salud y en población confinada.

Así mismo, ante la presencia de casos de parotiditis se deben realizar acciones de información, educación y comunicación pueden incluir cartillas, videos dirigidos a la comunidad y guías y cursos dirigidos al personal de salud de las UPGD y personal de vigilancia en salud pública.

### 7.2.2. Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)

La BAC se debe realizar ante la sospecha o confirmación de un brote y se debe 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 y signos y síntomas (malestar general, tumefacción, hinchazón, vómito, cefalea, dolor de garganta, fiebre).

Otros aspectos para tener en cuenta, como son: 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

**Contactos cercanos:** son todas las personas 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.

La BAC debe realizarse en conjunto con el Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV) como herramienta de evaluación de las intervenciones de vacunación. 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.

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

### 7.2.3. Búsqueda Activa Institucional (BAI)

Se debe realizar la BAI en UPGD que presenten silencio epidemiológico por más de 8 semanas epidemiológicas y donde se reporten comportamientos inusuales hacia el decremento de la notificación.

Esta estrategia debe realizarse ante la presencia de un brote con la intención de buscar casos en las IPS donde el caso confirmado haya recibido atención médica.

Para realizar la BAI en casos de parotiditis tenga en cuenta los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) (ver tabla 5).

**Tabla 5. Códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) para realizar BAI de casos de parotiditis**

Nombre del código	Código CIE-10
Orquitis por parotiditis (n51.1*)	B260
Meningitis por parotiditis (g02.0*)	B261
Encefalitis por parotiditis (g05.1*)	B262
Pancreatitis por parotiditis (k87.1*)	B263
Parotiditis infecciosa con otras complicaciones	B268
Parotiditis, sin complicaciones	B269
Absceso retro faríngeo y para faríngeo	J390
Otros abscesos de la faringe	J391
Absceso de glándula salival	K113
Otras enfermedades de las glándulas salivales	K118
Enfermedad de glándula salival. No especificada	K119
Orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso	N459

### 7.3. Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública

Cuando se confirma un caso por clínica y se sospecha un brote, la UPGD deberá realizar la notificación inmediata a la UNM para iniciar la investigación epidemiológica de campo y las actividades de control de brotes.

El análisis de la información se realizará tomando como fuente la información epidemiológica producto de la caracterización inicial de los casos y la investigación epidemiológica de campo, la información clínica de cada

caso y la información proveniente de las pruebas de laboratorio realizadas de acuerdo con los lineamientos publicados por la Dirección de Redes en Salud Pública.

La dirección municipal de salud realizará la investigación epidemiológica de campo de todos los casos confirmados dentro de las primeras 48 horas de notificados. Los elementos básicos de la investigación de campo incluirán:

- Identificar el caso índice y, en lo posible, confirmar el caso por laboratorio.

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

- Recolectar información del caso según espacio (lugar exacto de la procedencia del caso, características del entorno con descripción detallada de familia, colegio, lugar de trabajo, municipio, etc), tiempo y persona
- Identificar fuente de infección y situaciones de riesgo.
- Realizar seguimiento de contactos: convivientes, compañeros de colegio o de juegos, compañeros laborales.
- Realizar Búsqueda Activa Institucional en UPGD donde el caso confirmado recibió atención en salud.
- Búsqueda activa comunitaria en el área de procedencia del caso, utilizando diferentes estrategias de búsqueda.
- Realizar Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación y Operación Barrido Vacunal: cubrir como mínimo cinco manzanas alrededor del lugar de procedencia de la persona afectada.
- Realizar toma de muestras para confirmar por laboratorio el caso índice o algún otro caso de la cadena de transmisión.

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

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.

La información se analizará mediante tasa de ataque, teniendo en cuenta el número de casos afectados y la población a riesgo. Curva epidémica, tabla de frecuencias con caracterización de signos y síntomas, antecedentes vacunales, antecedente de viaje, georreferenciación, actividades realizadas en control de brote, recomendaciones generadas y conclusiones.

Las alertas o brotes identificados deben ser notificados inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co) con una información preliminar “cápsula de información” que describa: número de afectados, número de expuestos, tipo de población afectada, casos graves u hospitalizados, muertes relacionadas, muestras recolectadas, nivel de riesgo, respuesta de la entidad territorial y las actividades preliminares para el control de la situación. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores y no debe depender de la generación de un Reporte de Situación (SITREP).

El primer SITREP debe emitirse a las 24 horas después de realizada la notificación y se generarán con la periodicidad establecida por la entidad territorial o ante la identificación de nueva información que actualice el reporte inicial. Cada situación informada a través de SITREP, requiere uno final o de cierre, donde se consolide de manera más amplia las acciones implementadas para el control, la metodología, los resultados y los criterios de cierre de la situación. El formato departamental de SITREP

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

está disponible en: <http://url.ins.gov.co/7nib8> (ver anexo 4).

El cierre de un brote en población general se realizará después de transcurrido un periodo de incubación largo, es decir, 25 días a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso. El cierre de brotes en población especial (PPL, FFMM, etc.) se realizará después de transcurrido dos periodos de incubación largos, es decir, 50 días a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso registrado.

### 7.4. Acciones de laboratorio

Las acciones de laboratorio se realizarán únicamente ante la presencia de brotes, la recolección de muestras se hará al 10% de los casos o de cinco hasta máximo 10 pacientes sintomáticos diagnosticados en un brote, si el número de casos del brote no excede los 5 casos se podrá tomar muestras a la totalidad de ellos, incluyendo de ser posible el caso índice.

#### 7.4.1. Obtención de muestras para estudio por laboratorio

##### Recolección de muestras de suero

Se deberá recolectar una muestra de sangre periférica con un volumen de 5 ml, en tubo estéril sin anticoagulante y

evitando hemólisis, para posteriormente obtener el suero por medio de centrifugación. El suero obtenido deberá ser trasladado a un tubo secundario estéril, sin aditivos y rotulado con nombre, número de documento del paciente y fecha de recolección.

##### Recolección de muestras para aislamiento o detección virales

Las muestras para detección viral que se requieren son hisopado bucal, hisopado orofaríngeo y orina (sedimento), en los tiempos indicados en la tabla 5.

Para la obtención de muestras de hisopado bucal o hisopado orofaríngeo es preciso utilizar de preferencia hisopos de alginato, sin embargo, se pueden usar hisopos de madera en caso de no disponer de los primeros, una vez se haya recolectado la muestra, esta se debe suspender en medio de transporte viral (MTV) o solución salina estéril.

Para la recolección de orina, idealmente se debe utilizar la primera micción de la mañana, recolectada en envase estéril.

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

**Tabla 5. Pruebas de laboratorio para el diagnóstico de parotiditis**

Prueba	Muestra	Tiempo óptimo recolección muestra	Ventaja	Desventaja
Detección de anticuerpos IgM	Suero	Entre el 4º y 8º día después del inicio de los síntomas. Máximo hasta 30 días	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		

### 7.4.2. Conservación, embalaje y transporte de muestras

Las muestras de suero deberán mantenerse refrigerado a  $\leq 8^{\circ}\text{C}$  hasta su análisis y por un máximo de 36 horas, si el análisis de esta se realizará posterior a este tiempo, la muestra deberá ser conservada a  $-20^{\circ}\text{C}$

Las muestras para detección viral deberán ser conservadas en refrigeración ( $a \leq 8^{\circ}\text{C}$ ) hasta su análisis y enviadas bien rotuladas, identificando claramente el nombre del paciente, el tipo de muestra y la fecha de la toma de la muestra.

Estas muestras deberán ser remitidas al laboratorio de Virología del INS en triple embalaje de acuerdo con las normas IATA para sustancias biológicas, Categoría B, Código UN 3373 junto con el oficio remitario y la(s) ficha(s) de notificación totalmente diligenciada(s).

Para tipos de muestra, recolección y transporte, consultar manual para obtención y envío de muestras en salud pública de la Subdirección Red Nacional de Laboratorio (ver anexo 3)

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

### 7.4.3. Análisis de resultados de laboratorio

Para realizar el análisis de los resultados de laboratorio se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

#### A) Pruebas de detección viral

La RT-PCR y el cultivo celular permiten confirmar un caso de parotiditis y son los mejores métodos diagnósticos disponibles actualmente para detectar infección por el virus de la parotiditis en individuos vacunados y en individuos no vacunados. Un resultado positivo en la RT-PCR indica que existe infección activa y no se requerirá la realización de más pruebas.

La identificación del genotipo viral es de importancia para estudiar la fuente de infección, conocer cómo es la circulación de las diferentes cepas y para investigar los casos en que se sospecha asociación con la vacuna.

#### B) Pruebas serológicas

##### Primera muestra de suero

Un resultado positivo para IgM puede indicar una infección activa o reciente; sin embargo, un resultado de IgM negativo requiere de pruebas complementarias, toda vez que el antecedente vacunal de un individuo puede causar falsos negativos.

##### Segunda muestra de suero

Con la segunda muestra se procesa IgM e IgG (primera y segunda muestra).

Si el resultado de IgM es positivo se procesa títulos de anticuerpos IgG para demostrar seroconversión. Se considera que hay seroconversión cuando hay un

aumento de 4 veces los títulos de IgG entre la primera y segunda muestra.

## 8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de parotiditis tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutoria del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio (13).

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud el Instituto Nacional de Salud, publica de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes finales con los cierres anuales. Así mismo se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: i. número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. Generación de canales endémicos para eventos agudos, iii. Mapas de riesgo, iv. Diagramas de calor y v. generación de microdatos. Los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2007, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación institucional por institución prestadora de servicios de salud o red conexas que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficios responsable del aseguramiento de los pacientes.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros. Es necesario divulgar este tipo de herramientas generadas desde el nivel nacional y local que optimizan el procesamiento de los datos de las diferentes unidades que hacen parte de la red de vigilancia en salud pública del país.

### 9. Indicadores

Para garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se debe revisar con regularidad utilizando en forma sistemática, un conjunto de indicadores formales. El objetivo y descripción de cada uno de estos indicadores se describe a continuación (ver tabla 7).

**Tabla 7. Indicadores para la vigilancia de parotiditis**

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Incidencia de parotiditis en población general</b>
<b>Tipo de Indicador</b>	Impacto
<b>Definición</b>	Número de casos nuevos de parotiditis que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado
<b>Periodicidad</b>	Por periodo epidemiológico, trimestral, anual
<b>Propósito</b>	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
<b>Definición operacional</b>	Numerador: número de casos nuevos de parotiditis notificados en el período. Denominador: población general expuesta al riesgo de enfermar por parotiditis en el período
<b>Coefficiente de multiplicación</b>	100 000
<b>Fuente de información</b>	Sivigila Población general según DANE
<b>Interpretación del resultado</b>	En el período ___ se notificaron ___ casos nuevos de parotiditis por cada 100 000 habitantes o personas en riesgo.
<b>Nivel</b>	Nacional, departamental, municipal
<b>Meta</b>	No aplica

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

Nombre del indicador	Incidencia de parotiditis en menores de cinco años
Tipo de Indicador	Impacto
Definición	Número de casos nuevos de parotiditis que se desarrollan en menores de cinco años durante un período de tiempo determinado
Periodicidad	Por periodo 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
Coefficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Sivigila Población menor de cinco años según 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%

Nombre del indicador	Brotos 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 periodo 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 identificados por cualquier fuente y notificados.
Coefficiente 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 él ___% de los brotes notificados se establecieron medidas preventivas sanitarias.
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	95% de cumplimiento
Aclaraciones	Parámetros para investigación: -Bueno: mayor del 90 %. -Regular: entre el 70 al 89 %. -Deficiente: 69,9 % o menor



## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

---

### 10. Referencias

1. Instituto de Salud Carlos III. Protocolo de vigilancia epidemiológica de Parotiditis. Servicio Extremeño de Salud. España 2016. [Internet] 2016 Fecha de consulta: 14 de marzo de 2022. Disponible en: [https://www.areasaludbadajoz.com/SALUD\\_PUBLICA/EPIDEMIOLOG%C3%8DA/protocolo\\_parotiditis\\_2016\\_extremadura2.pdf](https://www.areasaludbadajoz.com/SALUD_PUBLICA/EPIDEMIOLOG%C3%8DA/protocolo_parotiditis_2016_extremadura2.pdf).
2. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS. American Academy of Pediatrics. (Paperas) Red Book: Informe 2012 del Comité sobre Enfermedades Infecciosas. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 29ª edición. 2012 (págs 514-518).
3. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. [Internet] 2001 Fecha de consulta: 4 de marzo de 2022. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf>
4. Lam E, Rosen JB, Zucker JR. 2020..Mumps: an update on outbreaks, vaccine efficacy, and genomic diversity. Clin Microbiol Rev 33:e00151-19. <https://doi.org/10.1128/CMR00151-19>
5. Shih-Bin Su 1, Hsiao-Liang Chang 2 and Kow-Tong Chen. Current Status of Mumps Virus Infection: Epidemiology, Pathogenesis, and Vaccine <https://doi.org/10.3390/ijerph17051686>
6. Mariel Marlow, Jessica Leung, Mona Marin, Carole Hickman, Nakia Clemmons, Leah Shepersky; Huong Pham, Manisha Patel, Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases [Internet]. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Capítulo 9: Paperas. Fecha de consulta: 20 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt09-mumps.html>
7. Organización Mundial de la Salud. Mumps reported cases and incidence. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 4 de marzo de 2022. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/pages/incidence/MUMPS.html?CODE=Global&YEAR=>
8. Instituto Nacional de Salud. Informe final de la Vigilancia de Parotiditis 2020. [Internet] 2020. Fecha de consulta: 11 de agosto de 2021. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS\\_2020.pdf](https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS_2020.pdf)
9. Ministerio de Salud y Protección Social. INFORMACIÓN GENERAL DE LAS VACUNAS [Internet]. Fecha de consulta 01 de noviembre 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/SRP.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. [Internet] 2013. Fecha de consulta: 18 de febrero de 2022. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. [Internet] 2006. Fecha de consulta: 18 de

## Protocolo de Vigilancia de la Parotiditis

febrero de 2022. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de mayo 6 de 2016 por medio del cual se expide Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Internet] 2016. Fecha de consulta: 18 de febrero de 2022. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
13. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en salud pública. Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2011. 48-49.

## 11. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2011	07	15	Creación del documento	Helena Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria
01	2014	06	11	Actualización de conceptos, normatividad y formato.	José Orlando Castillo Pabón 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
05	2022	03	15	Revisión y actualización	Carlos Alberto Hernández Londoño Diana Yolima Bustos Alvarez José Orlando Castillo Pabón Grupo Enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud

## 12. Anexos

**Anexo 1.** Ficha de notificación datos básicos y complementarios 620

[https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Datos\\_B%C3%A1sicos\\_Parotiditis\\_2021.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Datos_B%C3%A1sicos_Parotiditis_2021.pdf)

**Anexo 2.** Ficha de notificación datos básicos y complementarios 621

[https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/998\\_830\\_621\\_901\\_Y\\_Brotos\\_Parotiditis\\_2020.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/998_830_621_901_Y_Brotos_Parotiditis_2020.pdf)

**Anexo 3** Manual para obtención y envío de muestras en salud pública de la Subdirección Red Nacional de Laboratorio

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf>

**Anexo 4.** Estructura Formatos de Reporte de Situación (SITREP)

<http://url.ins.gov.co/7nib8>