



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección General de Epidemiología



Caso Probable de Síndrome de Rubéola Congénita

(CIE – 10: P35.0)

FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

Se considera como **caso probable de SRC** a todo niño menor de un año de edad en el cual:

- Se detecte uno o más de los siguientes: cataratas/glaucoma congénito, cardiopatía congénita, hepatosplenomegalia, deficiencia auditiva, retinopatía pigmentaria, microcefalia, microftalmia, púrpura, trombocitopenia, radio-transparencia ósea de huesos largos y retraso en el desarrollo psicomotor.
- Se conozca que la madre haya tenido rubéola confirmada por laboratorio o exista sospecha de ésta, durante el embarazo.
- Recién nacido con diagnóstico probable de TORCHS.

Los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos presentes en el SRC.

I. Identificación del niño (preguntar directamente a la madre; incidir en la dirección)

Nombre del niño: _____ Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de captación: ____ / ____ / ____ Sexo: M [] F []

Diagnóstico de ingreso: _____ Nº de Historia clínica: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Referencia: _____

Localidad: _____ Tipo de Localidad: Urbano [] Rural [] Desconocido []

Distrito _____ Provincia _____ Departamento: _____

II. Historia materna

Edad de la madre (en años) _____ Número de embarazos previos: _____

Tiene vacuna contra la rubéola? **SI / NO** Si es sí, en qué fecha: ____ / ____ / ____Tuvo enfermedad con fiebre y exantema maculopapular durante el embarazo? **SI / NO** Si es sí,

a. ¿en qué mes del embarazo?: _____

b. ¿fue confirmada por laboratorio la Rubéola en la madre? **SI / NO**

Se expuso durante el embarazo a alguna persona (de cualquier edad) con enfermedad eruptiva

maculopapular con fiebre? **SI / NO** Si es sí, en qué mes del embarazo?: _____Viajó durante el embarazo? **SI / NO** Si es sí,

a. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando viajó?: _____

b. Describir a dónde viajó: _____

III. Datos clínicos del niño o niña

Fecha de examen clínico: ____ / ____ / ____

Peso al nacer (g): _____ ; Edad Gestacional (semanas): _____ ; ¿Nació Prematuro? **SÍ/ NO** ; APGAR: _____ ' 5'

Marque con una "X" los síntomas o signos que presenta.

OjosCataratas []
Glaucoma []
Retinopatía Pigmentaria []

Microftalmia []

CorazónPersistencia del conducto arterioso []
Estenosis periférica arteria pulmonar []
Otros defectos del corazón []**Oídos**

Defecto de la audición []

GeneralesTrombocitopenia []
Pequeño para edad gestacional []
Microcefalia []

Retraso del desarrollo psicomotor []

Púrpura []

Hepatomegalia []

Esplenomegalia []

Radio-transparencia huesos largos []

Meningoencefalitis []

Ictericia []

Otras anomalías: **SÍ/ NO** Si es sí, describa: _____

Toxoplasmosis [] Rubéola [] Citomegalovirus [] Herpes simple [] Sífilis []

Si falleció, fecha de defunción: ___ / ___ / ___

Nombre del profesional que examinó al neonato o infante: _____

Dirección del profesional: _____ Teléfono: _____

IV. Examen de laboratorio en el niño

Fecha de:

| Obtención de la muestra | Recepción por laboratorio de referencia regional | Recepción por el INS | Resultado por el INS | Recepción de resultado por Epidemiología de DISA | Recepción de resultado por el hospital centinela |
|-------------------------|--|----------------------|----------------------|--|--|
| ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ |

Resultados:

V. Clasificación final del caso (Marque con una "X" el que corresponda)

1. Caso probable de SRC sin confirmación de laboratorio = Caso compatible con SRC []
2. Caso probable de SRC + IgM positivo = SRC confirmado por laboratorio []
3. No manifestaciones clínicas de SRC + IgM positivo = Infección por Rubéola Congénita (IRC)*. []

(*): A estos niños debe evaluarse potenciales evocados auditivos para descartar sordera.

VI. Aislamiento viral

| Tipo de muestra: | Fecha de obtención de muestra | Fecha de recepción por laboratorio de referencia regional | Fecha de recepción de muestra por el INS | Fecha de Resultado por el INS | Fecha de recepción de resultado por Epidemiología de DISA |
|--|-------------------------------|---|--|-------------------------------|---|
| 1. Orina <input type="checkbox"/> | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ |
| 2. Secrección orofaríngea <input type="checkbox"/> | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ |

Resultados:

VII. Notificación

Fecha de la notificación: ___ / ___ / ___ Fecha de envío de la Investigación: ___ / ___ / ___

Hospital: _____ Servicio: _____

Dirección Regional de Salud: _____

Nombre del Epidemiólogo: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ Dirección: _____

VIII. Interconsultas:

Fecha: ___ / ___ / ___