



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, hepato-esplenomegalia, 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: _____ N° 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.

Ojos

Cataratas []
 Glaucoma []
 Retinopatía Pigmentaria []
 Microftalmia []

Corazón

Persistencia del conducto arterioso []
 Estenosis periférica arteria pulmonar []
 Otros defectos del corazón []

Oídos

Defecto de la audición []

Generales

Trombocitopenia []
 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. Secreción 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:** ___/___/___