



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE PAROTIDITIS

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de parotiditis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de parotiditis.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de parotiditis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Marzo-2025	Introducción	Actualización del contenido de la información.
	Criterio de laboratorio	Actualización de pruebas de laboratorio según antecedente de vacunación.
	Definición de brote	Se ha actualizado la definición de brote.
	Modo de vigilancia	Se ha actualizado el modo de vigilancia.
	Medidas preventivas	Se han actualizado las medidas preventivas.
	Actuaciones ante un caso	Se han actualizado las medidas de control de caso.
	Actuaciones ante los contactos	Se han actualizado. Se incluye la definición de contacto estrecho.
	Actuaciones ante un brote	Se han actualizado las actuaciones ante un brote.
	Bibliografía	Actualización de las referencias.
Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo.
	Datos de la Enfermedad	Actualización de las variables.
	Datos del Laboratorio	Incorporación de opción de múltiple respuesta para las variables muestra y prueba. Actualización conforme a definición en protocolo.
Cambios en el Anexo II		
Marzo-2025		Recomendaciones sobre las condiciones de recogida, almacenamiento y envío de muestras en parotiditis.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La parotiditis es una enfermedad vírica que se caracteriza por fiebre e inflamación de una o más de las glándulas salivares, habitualmente de la parótida. No todos los casos de inflamación de la parótida están causados por el virus de la parotiditis, sino que hay otros virus que pueden causarla, aunque no de forma epidémica.

En poblaciones no vacunadas, alrededor de un tercio de las personas expuestas sufren una infección inaparente o subclínica, especialmente en la infancia y las personas adultas. La inflamación de la parótida suele estar precedida de síntomas inespecíficos como fiebre, dolor de cabeza, sensación de malestar, mialgias o anorexia. Las complicaciones son más frecuentes en personas adultas y pueden darse sin que aparezca inflamación de la parótida. La complicación más frecuente es la orquitis, generalmente unilateral, que ocurre en un 20-30% de las parotiditis en hombres pospúberes y rara vez produce esterilidad. La ooforitis aparece en el 5% de los casos en mujeres pospúberes y la pancreatitis, generalmente leve, en un 4% de los casos.

La meningitis sintomática ocurre en el 10% de los casos de parotiditis que se recuperan, por lo general, sin complicaciones. En algunos estudios en los que se realizaba rutinariamente la punción lumbar se comprobó que hasta el 55% de las parotiditis cursaban con una meningitis asintomática. La encefalitis producida por el virus de la parotiditis es rara, 1-2/10.000 casos, pero puede provocar complicaciones graves (convulsiones e hidrocefalia) o acabar con secuelas neurológicas permanentes (parálisis). La letalidad de la parotiditis se estima en 1/10.000 casos. La adquisición de la enfermedad durante las primeras 12 semanas de gestación se ha asociado con aborto espontáneo, pero no con malformaciones congénitas.

La presentación de la parotiditis es estacional con la aparición de casos principalmente en invierno y primavera.

La parotiditis sigue siendo una enfermedad frecuente que aparece de forma epidémica cada 4-5 años. La incidencia más alta se registra en población adolescente y jóvenes (grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años) en su mayoría vacunados.

Agente

El virus de la parotiditis (*Orthorubulavirus parotitidis*) pertenece a la familia *Paramixoviridae*. Son virus envueltos con ARN monocatenario. Hay un solo serotipo del virus de la parotiditis y se han descrito 12 genotipos (A – L).

Reservorio

El único reservorio conocido es el ser humano.

Modo de transmisión

La transmisión es por diseminación de gotas de saliva de pequeño tamaño o por contacto directo con la saliva de una persona infectada. Las personas asintomáticas o con infecciones atípicas pueden transmitir el virus. La parotiditis es muy contagiosa, pero menos que el sarampión o la varicela.

El virus se ha 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 de la clínica. El período de transmisibilidad se establece desde 2 días antes del inicio de la enfermedad hasta 9 días después (período de máxima transmisibilidad 2 días antes del inicio de la enfermedad hasta 5 días después). Las infecciones subclínicas pueden transmitir la enfermedad.

Periodo de incubación

Oscila entre 16 -18 días, con un rango posible entre 12-25 días.

Susceptibilidad

Las personas que no han pasado la enfermedad o que no están adecuadamente inmunizadas son susceptibles. En general, la infección natural, tanto después de infecciones clínicas como subclínicas, confiere inmunidad durante toda la vida. La mayoría de las personas mantienen niveles detectables de anticuerpos hasta veinte años después de haber padecido la infección natural, pero se han confirmado casos de reinfección por el virus de la parotiditis.

La medida preventiva más eficaz es la vacunación. La vacuna de la parotiditis es una vacuna de virus vivos atenuados que produce niveles de anticuerpos detectables en más del 80% de las personas vacunadas con dos dosis. Los títulos de anticuerpos que se producen después de la vacunación son más bajos que los que produce la infección natural. Además, se ha descrito la pérdida de inmunidad adquirida tras la vacunación con el paso del tiempo.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos y los brotes lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad en el entorno del caso con el fin de evitar la aparición de casos secundarios.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia, incluida la caracterización fenotípica y/o genotípica del agente causal. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

Persona con fiebre y al menos una de las dos manifestaciones siguientes:

- aparición súbita de tumefacción, dolorosa al tacto, de las parótidas u otras glándulas salivares.
- orquitis.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del virus de la parotiditis en muestra clínica (saliva, orina o LCR).
- Detección de ácido nucleico del virus de la parotiditis por PCR en muestra clínica (saliva, orina o LCR).
- Respuesta de anticuerpos específicos del virus de la parotiditis en el suero (detección de IgM o seroconversión de IgG).

Los resultados de detección de anticuerpos deben interpretarse según los antecedentes de vacunación.

Para el diagnóstico de laboratorio se recogerán muestras clínicas de suero, saliva y orina con especial atención a los tiempos mínimos y máximos adecuados para la recogida y el envío al laboratorio (ANEXO II).

La PCR en saliva y orina es, actualmente, el mejor método diagnóstico disponible para confirmar un caso de parotiditis tanto en personas vacunadas como en personas no vacunadas. El cultivo también permite confirmar los casos, pero hoy día está en desuso. Hay que tener en cuenta que el ARN vírico podría no estar presente en muestras tomadas tardíamente, o en muestras que se han manejado de forma inadecuada (en las que el ARN se haya podido degradar durante el transporte) por lo que podrían producirse resultados falsos negativos de PCR. Por esta razón, se recomienda tomar muestras para PCR y para serología en todos los casos sospechosos.

En personas no vacunadas	En personas vacunadas
La detección de IgM en suero es un buen método para el diagnóstico de parotiditis.	La infección por el virus de la parotiditis en personas vacunadas produce una respuesta inmune secundaria y pueden NO tener respuesta de IgM, o que ésta sea transitoria y no se detecte. Por tanto un resultado negativo de IgM en una persona que cumple los criterios clínicos no descarta un caso.
Si la IgM es negativa, el caso se podría confirmar con: <ul style="list-style-type: none"> - un suero en la convalecencia que demuestre seroconversión, o - un aumento significativo (cuatro veces) en los títulos de IgG en sueros de fase aguda y fase convaleciente. 	Si la IgM es negativa, el caso se podría confirmar con: <ul style="list-style-type: none"> - un suero en la convalecencia que demuestre seroconversión. - la interpretación de títulos de anticuerpos IgG es compleja por lo que en estos casos es especialmente relevante el diagnóstico por PCR.

La identificación de los genotipos y variantes del virus es importante para establecer los patrones de circulación, estudiar la fuente de infección, trazar cadenas de transmisión e investigar los casos en que se sospecha una relación con la vacuna, aunque las cepas vacunales actualmente de uso en España (Jerryl-Lynn y derivadas) producen casos de parotiditis post-vacunal de manera excepcional. La vigilancia genómica del virus de la parotiditis es esencial en la investigación del posible escape de las cepas circulantes a las vacunas utilizadas y en el desarrollo de nuevas vacunas.

El Laboratorio de Referencia (LR) para parotiditis identifica el genotipo y las variantes del virus en

las muestras positivas para parotiditis. Otras técnicas y estudios más específicos que están disponibles se podrán aplicar en el estudio de brotes o en otras situaciones epidemiológicas que lo requieran.

En caso de brotes o situaciones epidemiológicas relevantes, el Laboratorio de Referencia podrá apoyar la investigación de los casos. Desde las CC.AA. se podrán enviar al LR muestras para confirmar/descartar los casos y para hacer la investigación genómica. La información relativa a las muestras y a los resultados se incorporará a la encuesta epidemiológica de caso en la plataforma establecida para la vigilancia.

Criterio epidemiológico

Contacto con un caso de parotiditis confirmado por laboratorio entre 12-25 días antes del inicio de los síntomas.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: persona que cumple los criterios clínicos.

Caso probable: persona que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos.

Caso confirmado: persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio.

Nota: en caso de vacunación reciente (en las seis semanas anteriores) un caso se clasificará como confirmado si se identifica el genotipo salvaje del virus.

Otras definiciones de interés en vigilancia

Caso importado: es un caso expuesto a la infección fuera del país o de la C.A. de residencia respectivamente en los 12 a 25 días previos al inicio de los síntomas, asegurándose que no está vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono.

Caso extracomunitario: es un caso expuesto a la infección fuera de la C.A. de residencia en los 12 a 25 días previos al inicio de los síntomas, asegurándose que no está vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono.

Definición de brote

La aparición de dos o más casos confirmados o probables relacionados. A efectos de investigación y notificación, solo se considerarán los brotes que tengan relevancia epidemiológica por el grupo de población en el que aparecen los casos, por la gravedad de la enfermedad o por el lugar donde ocurren (centros penitenciarios, establecimientos militares, hospitales, centros escolares, centros de formación, universidades).

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos sospechosos, probables y confirmados en la plataforma establecida. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones

(metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Es importante que en la encuesta de caso se complete toda la información de laboratorio disponible tanto de los laboratorios locales como el LR (resultados de serología, PCR y datos de vigilancia molecular: genotipo, variante o haplotipo). Los casos sospechosos de parotiditis con resultados de laboratorio negativos o en los que se haya identificado otro agente causal no deben notificarse como casos de parotiditis.

Los brotes se notificarán, en la misma plataforma, en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote. Cuando por su magnitud o patrón de difusión se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad autónoma informará de forma urgente la detección del brote al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Vacunación

Desde el año 2012, el calendario de vacunación a lo largo de toda la vida recomienda una pauta frente a sarampión, rubeola y parotiditis (triple vírica-TV-) con 2 dosis: la primera a los 12 meses y la segunda a los 3-4 años. En situaciones especiales de riesgo (en brotes o en viajeros internacionales) se puede vacunar en la infancia a partir de los 6 meses de edad teniendo en cuenta que posteriormente habrá que administrar las dosis recomendadas en el calendario.

Asimismo, para cualquier persona sin vacunación previa documentada y sin historia de enfermedad, se aprovecharán los contactos que se realicen con los servicios sanitarios (incluyendo los de prevención de riesgos laborales). De manera general no se recomienda la realización de serología para valorar el estado de protección. Se recordará la necesidad de vacunarse con dos dosis de vacuna triple vírica con un intervalo entre dosis de al menos 4 semanas; en caso de haber recibido una dosis con anterioridad se administrará solo una dosis de vacuna TV.

La vacunación con triple vírica está contraindicada en las mujeres embarazadas y en personas con inmunodepresión. Las mujeres en edad fértil que se vacunen con vacuna triple vírica (rubéola) deben evitar el embarazo en las 4 semanas siguientes.

El componente frente a parotiditis de las vacunas atenuadas combinadas frente a sarampión, rubéola y parotiditis ha cambiado a lo largo del tiempo; las primeras vacunas contenían la cepa Jeryl-Lynn o la cepa Urabe. En 1992 se retiró la cepa Urabe por su asociación con efectos adversos y se fue incorporando la cepa Rubini. La cepa Rubini, que se utilizó en nuestro país entre 1993 y 1999, ha

demostrado una menor efectividad, con una tasa de seroconversión del 60% frente al 80% producida por la cepa Jeryl Lynn. En las personas vacunadas con la cepa vacunal Rubini se recomienda que reciban al menos una dosis con una cepa vacunal distinta a la Rubini.

Actualmente en nuestro país las vacunas de parotiditis contienen la cepa Jeryl-Lynn y la cepa RIT 4385, derivada de la anterior. Los títulos de anticuerpos que se producen tras la vacunación son más bajos que los que produce la infección natural. Se estima que la efectividad de la vacuna de parotiditis con cepa Jeryl-Lynn para prevenir la parotiditis clínica después de dos dosis es del 83%, IC95% (54%-94%) y se espera que la efectividad de las vacunas que contienen la cepa RIT 4385 sea similar a la de la cepa Jeryl-Lynn puesto que deriva de ésta.

Se ha descrito la pérdida de inmunidad adquirida tras la vacunación con el paso del tiempo. En el estudio nacional de seroprevalencia de 2017-2018, la máxima seroprotección (90%) se registra en el grupo de 2-5 años recién vacunados; la seroprotección llega a valores mínimos en el grupo de 15 a 19 años (75%) y de 20 a 29 años (76%); y solo se recupera (91%) en las personas de más de 40 años nacidos en la etapa prevacunal (cohortes 1977 a 1968).

Las altas coberturas de vacunación con vacuna triple vírica, que están por encima del 95% con una dosis desde 1999 y del 90% con dos dosis desde 2003, no son capaces de prevenir los brotes ni las ondas epidémicas periódicas. No obstante, la parotiditis se propaga más rápidamente entre personas no vacunadas y las complicaciones de la enfermedad son menos frecuentes entre las personas adultas vacunadas que entre las no vacunadas.

En España desde el año 2005 las ondas epidémicas de parotiditis han afectado a población pediátrica y adolescente y personas adultas jóvenes con presentación clínica en general leve. Un 80% de los casos de pediátricos y entre el 60 al 70% de los casos en adolescentes y adultos jóvenes están vacunados.

Los posibles motivos por los que el virus continúa circulando en una población altamente inmunizada son materia de estudio. Se han sugerido: la evanescencia de la inmunidad con el paso del tiempo desde la vacunación, una reactividad cruzada reducida entre algunos genotipos salvajes y las cepas vacunales, o la deriva antigénica, que podría generar falta de reconocimiento efectivo de los anticuerpos inducidos por la vacuna frente a las cepas circulantes.

El personal sanitario susceptible se debe vacunar, dado su papel amplificador en la transmisión de la enfermedad.

En viajes internacionales se recomienda seguir las medidas indicadas para la parotiditis en España. Dado que la vacuna de parotiditis está incluida en la vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) se tendrán también en cuenta las recomendaciones de vacunación de sarampión y rubeola que son enfermedades bajo programas de eliminación de la OMS.

Medidas de control ante un caso de parotiditis y sus contactos

Actuación recomendada en los casos

En el ámbito comunitario, los casos probables o confirmados de parotiditis estarán en aislamiento domiciliario durante el periodo de infectividad, es decir en los cinco días posteriores al comienzo del inicio de los síntomas. Durante este periodo de tiempo, se recomienda mantener las medidas de higiene respiratoria, tales como utilizar mascarilla, desechar inmediatamente los pañuelos usados, toser o estornudar en el interior del codo si no se dispone de pañuelos desechables y lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón o, en su defecto, con desinfectante para las manos a base de alcohol.

En los hospitales y otros centros sanitarios, para los casos que sean casos sospechosos, probables o confirmados de parotiditis se establecerán las precauciones basadas en transmisión por gotas. Las precauciones se mantendrán hasta 5 días tras el inicio de síntomas (inflamación de la parótida).

Recogida de muestras clínicas: para el diagnóstico de laboratorio se recogerán muestras de suero, saliva y orina, con especial atención a los tiempos recomendados para la recogida y el envío al laboratorio (ANEXO II).

Vacunación: En cualquier persona en la que se diagnostique parotiditis deberá revisarse y actualizarse la vacunación con vacuna triple vírica, una vez que se haya recuperado clínicamente, con el objetivo de que quede asegurada la inmunidad del individuo frente a sarampión y rubéola.

Actuaciones recomendadas en los contactos

Definición de contacto estrecho

Persona que ha tenido contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona con parotiditis mediante transmisión por gotas (besos, compartir objetos contaminados con saliva (botellas), o a través de la tos o estornudos, además de las personas que han estado en contacto próximo y por un periodo de tiempo prolongado con una persona con parotiditis.

La parotiditis requiere de contacto estrecho para transmitirse, especialmente en la población vacunada; la probabilidad de transmisión depende de los comportamientos sociales y se incrementan con la intensidad de la exposición (contacto físico, participación en fiestas masivas, actividad sexual, actividad deportiva) y de la frecuencia de la exposición (contacto prolongado como compartir espacios cerrados habitualmente, compartir actividades de la vida diaria).

Se consideran expuestas aquellas personas que han tenido contacto con un caso probable o confirmado de parotiditis durante el periodo de transmisibilidad (desde 2 días antes hasta 5 días después del inicio de la inflamación de la parótida o de otra glándula salival).

Localización y seguimiento de los contactos, es decir, de las personas expuestas a un caso durante su período de infectividad. Investigar sus antecedentes de vacunación. El estado de vacunación deber ser recogido con la mayor precisión posible, mediante petición del documento acreditativo de vacunación o comprobación en el registro de vacunaciones.

Persona susceptible a la parotiditis es aquella que:

- Persona que tiene menos de 12 meses.
- Persona con 12 meses de edad o más que no tiene documentado el haber recibido las dosis de vacuna recomendadas para su edad, ni dispone de resultados de serología que indiquen seroprotección, ni antecedentes de haber padecido la parotiditis. Siguiendo la encuesta de seroprevalencia, el 91,4% de la población nacida en España antes de 1978 tiene protección frente a la parotiditis, probablemente porque padeció la enfermedad de manera natural.

Si ha recibido dos dosis de vacuna, solo se considerarían adecuadas si la primera dosis se hubiera administrado después del primer año de vida y la segunda, al menos, cuatro semanas después. Dada la baja efectividad de las vacunas con la cepa Rubini, los contactos que hubieran recibido dos dosis de vacuna y una de ellas llevara la cepa Rubini, se valorará el considerarlos como vacunados con una sola dosis.

Vacunación: la vacunación después de la exposición a un caso contagioso no siempre previene la infección. A los contactos no vacunados se les administrarán dos dosis de vacuna separadas al menos un mes; a las personas vacunadas con una sola dosis se le administrará una segunda dosis.

Aunque se considera que las cohortes de nacimiento posteriores a 1978 (incluido) no presentan inmunidad natural frente a parotiditis, esta recomendación se adaptará, siempre que sea posible, a las características epidemiológicas de la parotiditis en la zona, a las coberturas de vacunación y a los resultados de las encuestas de seroprevalencia locales.

No se recomienda la administración de inmunoglobulina humana.

Medidas ante un brote

Identificación del caso índice: es el primer caso que se identifica y siempre que sea posible se confirmará por laboratorio. Puesto que la parotiditis epidémica puede estar causada por otros virus, para confirmar un brote de parotiditis hay que confirmar algún otro caso por laboratorio.

Identificación de nuevos casos: se realizará una búsqueda activa de casos a través de los contactos del caso índice: convivientes en la misma casa, que comparten el misma aula en el colegio, juegos, o lugar de trabajo en el caso de adultos.

En el contexto de un brote se valorará la posibilidad de ampliar la vigilancia incluyendo la búsqueda de casos de meningitis asociadas a parotiditis en el territorio epidémico, considerando que podrían no tener antecedente clínico de parotiditis.

Búsqueda activa de contactos susceptibles: se recogerá información en el entorno de los casos, particularmente la relacionada con el estado de vacunación y antecedentes de haber pasado la enfermedad. El estado de vacunación deber ser recogido con la mayor precisión posible, mediante petición del documento acreditativo de vacunación o comprobación en el registro de vacunaciones.

Inmunización de susceptibles: se ofertará la vacunación con vacuna TV a las personas susceptibles (ver apartado de: «Actuaciones recomendadas en los contactos») adaptando las recomendaciones a las características epidemiológicas de la parotiditis de la zona y del brote.

Se considera que la administración de la tercera dosis de vacuna Triple vírica como medida de control para las personas que están en riesgo de contagiarse en un brote tiene un beneficio a corto plazo. Hay experiencias en EE. UU. sobre la administración de la tercera dosis de vacuna en brotes extensos en sitios con alta capacidad de transmisión, escuelas o universidades. No se han declarado efectos secundarios graves y la tasa de efectos secundarios leves es baja (EEUU, 2017). Por el momento no hay evidencia de la capacidad de la tercera dosis para reducir el tamaño o la duración de los brotes, tampoco hay información sobre la duración de la protección de esta tercera dosis. En personas que han recibido 3 o más dosis de vacuna frente a parotiditis, no está recomendada una dosis adicional.

Estas recomendaciones hay que considerarlas como complementarias y no sustituyen a las decisiones que tomen los profesionales que se encargan de la gestión del brote.

En los brotes con relevancia epidemiológica se elaborará un informe que incorpore la siguiente información:

- Definición de territorio epidémico: lugar de contagio del caso y características del territorio con la descripción detallada de familia, colegio, centro de trabajo, municipio, etc.
- Difusión espaciotemporal: descripción detallada de la distribución de los casos en el tiempo y en el espacio.
- Identificación del caso índice y de la fuente de infección.
- Información disponible sobre los resultados de laboratorio, incluida la identificación de los genotipos y variantes del virus y de cualquier otra información obtenida en la vigilancia genómica de parotiditis
- Información sobre las medidas establecidas para el control del brote.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann DL, editor. Control of communicable diseases manual. 19th Edition. American Public Health Association 2022.
2. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Informe epidemiológico sobre la situación de la parotiditis en España, 2005-2023. Madrid, noviembre 2024. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_parotiditis_espana_2005-2023
3. Horcas de Frutos A, López-Perea N, Fernández-García A, Gavilán AM, Echevarría JE, Olivares-Quintanar D, et al. Vigilancia epidemiológica y virológica de la parotiditis en España, 2005-2022. BES [Internet]. 29 de septiembre de 2023 [citado 1 de marzo de 2024];31(3):139-65. Disponible en: <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1314>
4. Decisión de Ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión, de 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes (Texto pertinente a efectos del EEE.). 22/06/2018.
5. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2º Estudio de seroprevalencia en España, 2020. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
6. Ramos Cuadra, AM et al. Guía de aislamientos para la prevención de las enfermedades trasmisibles en el hospital. Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva, mayo 2022 <https://www.sociedadandaluzapreventiva.com/wp-content/uploads/Guia-de-aislamientos-para-la-prevencion-de-las-enfermedades-transmisibles-en-el-hospital.pdf>
7. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Enfermedades A-Z Parotiditis. <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/parotiditis>
8. Programas de Vigilancia Microbiológica. Centro Nacional de Microbiología. Volumen 2 - 2021-2022 (isciii.es) <https://repisalud.isciii.es/rest/api/core/bitstreams/b559792d-6b4b-4f43-9a17-7e53247ec0c7/content>
9. UKHSA. Green Book. Mumps, 2013. Available: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7a446ded915d1fb3cd6a43/Green-Book-Chapter-23-v2_0.pdf
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about mumps (europa.eu). Updated 28/11/2023. Factsheet about mumps (europa.eu)
11. Ministerio de Sanidad. Calendario común de vacunación e inmunización a lo largo de toda la vida. 2025 Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Mumps virus vaccines: WHO Position Paper, 15/03/2024 . <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-9911-115-133>
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Mumps. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC; 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-Mumps-2021.pdf>
14. Cardemil CV, Dahl RM, James L, Wannemuehler K, Gary HE, Shah M, et al. Effectiveness of a Third Dose of MMR Vaccine for Mumps Outbreak Control. The New England journal of medicine. 2017 Sep 7;377(10):947-56 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1703309>
15. Pietrantoni CD, Rivetti A, Marchione P, Debalini MG, Demicheli V. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. Cochrane Database Syst Rev 2021;4:CD004407.
16. López-Perea N, Masa-Calles J, Torres de Mier MV, Fernández-García A, Echevarría JE, De Ory F, Martínez de Aragón MV. Shift within age-groups of mumps incidence, hospitalizations and severe

- complications in a highly vaccinated population. Spain, 1998-2014. *Vaccine*. 2017 3;35(34):4339-4345
<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.06.075>
17. Castilla J, García Cenoz M, Arriazu M, Fernández-Alonso M, -Martínez-Artola V, Etxeberria J, Irisarri F, Barricarte A. Effectiveness of Jeryl Lynn-containing vaccine in Spanish children. *Vaccine* 2009; 27(15): 2089-2093
 18. Gavilán AM, Díez-Fuertes F, Sanz JC, Castellanos AM, López-Perea N, Jiménez SM, Ruiz-Sopeña C, Masa-Calles J, García-Comas L, de Ory F, Pérez-Olmeda M, Fernández-García A, Echevarría JE. Increase of diversity of mumps virus genotype G SH variants circulating among a highly immunized population: Spain, 2007-2019. *Journal of Infectious Diseases*. 2022 May 7. 10.1093/infdis/jiac176
 19. Latasa P, Ordobás M, Garrido-Esteba M, Sanz JC, Gil de Miguel A, García-Comas L. Impact of the MMR vaccine on the incidence of mumps in the Community of Madrid and evaluation of the effectiveness of the Jeryl-Lynn strain. Years 1998-2016. *Med Clin (Barc)*. 2019 Oct 11;153(7):276-280.
 20. Marin M, Marlow M, Moore KL, Patel M. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of a Third Dose of Mumps Virus-Containing Vaccine in Persons at Increased Risk for Mumps During an Outbreak. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 Jan 12;67(1):33-38
 21. A Third Dose of Measles-Mumps-Rubella Vaccine to Improve Immunity Against Mumps in Young Adults Patricia Kaaijk, Alienke J Wijmenga-Monsuur, Marlies A van Houten, Irene K Veldhuijzen, Hinke I ten Hulscher, Jeroen Kerkhof, Fiona R van der Klis, Rob S van Binnendijk. *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 221, Issue 6, 15 March 2020, Pages 902–909,

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PAROTIDITIS

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo al nacimiento: Hombre Mujer Intersexual Desconocido

Sexo administrativo: Hombre Mujer No determinado Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

País de nacimiento:

Año de llegada a España:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / / Fecha de inicio de síntomas: / /

¿Ha cursado con complicaciones? Sí No Desconocido

Señalar en caso afirmativo (puede marcarse más de una opción):

Orquitis

Encefalitis

Ooforitis

Pancreatitis

Meningitis

Desconocido

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / / (fecha del primer resultado concluyente)

Agente causal⁴: Virus de la parotiditis

Genotipo (marcar una de las siguientes opciones):

- A D G J M
 B E H K N
 C F I L No tipable

Nombre de la cepa (según la OMS)⁵:.....

Variante o haplotipo⁶:.....

Muestra (marcar las muestras con resultado positivo):

- Líquido cefalorraquídeo (LCR) Orina
 Saliva Suero

Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):

- Cultivo
 Detección del ARN vírico (PCR)
 Detección de IgM

Otros criterios de laboratorio: Seroconversión de IgG

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR:.....

Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso:

- En la C.A. de residencia⁷
 En una C.A. distinta de la de residencia⁸
 En un país distinto de España⁹

País de exposición del caso¹⁰:

C.A. de exposición del caso¹⁰:

Provincia de exposición del caso¹⁰:

Municipio de exposición del caso¹⁰:

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Hogar/Familia Universidad
 Escuela infantil / guardería Centro sanitario
 Escuela primaria Desconocido
 Escuela secundaria

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada: Sí No Desconocido

Número de dosis: Fecha de última dosis recibida: / /

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso (OBLIGATORIO):

Criterio clínico: Sí No Desconocido

Criterio de laboratorio: Sí No Desconocido

Criterio epidemiológico: Sí No Desconocido

Clasificación del caso (OBLIGATORIO):

Sospechoso Probable Confirmado

Asociado a brote: Sí No Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote¹¹:

OBSERVACIONES¹²

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Nombre de la cepa OMS: MuVi(s)/City.Country ISO3 code/week number.year/replicate in week [genotype] donde:
 1. MuVs (Mumps virus sample) indica una secuencia obtenida de ARN extraído de una muestra clínica.
 2. MuVi (Mumps virus isolate) indica una secuencia obtenida de ARN extraído de un virus aislado en cultivo celular.
 3. "City.Country" indica la ciudad y el país donde se detectó el caso acorde con la norma ISO 3166-1 alfa-3.
 4. "number.year" indica el número de semana epidemiológica y el año en el que se detectó el caso.
 5. "replicate in week" es un número que indica el orden de aparición del caso detectado cuando en una misma ciudad, semana epidemiológica y año ha habido más de uno.
 6. "[genotype]" indica el genotipo al que pertenece el caso.
6. Variante o haplotipo: haplotipo es un conjunto de secuencias idénticas representadas por el nombre de la más antigua de acuerdo con las reglas de nomenclatura. Los haplotipos definidos por secuencias SH que han mostrado una circulación extensa (durante más de seis meses o en varias CC.AA. o países) se consideran variantes y a su nombre se le añade la terminación /VAR.

7. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la C.A. de residencia.
8. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
9. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España.
10. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
11. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
12. Observaciones: Incluir toda la información no indicada en el resto de la encuesta.

ANEXO II. RECOMENDACIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE RECOGIDA, ALMACENAMIENTO Y ENVÍO DE MUESTRAS EN PAROTIDITIS

Las muestras de saliva y de orina se recogerán tan pronto como sea posible y preferentemente en un tiempo no superior a 7 días desde el inicio de síntomas. Cuando se sospeche complicación neurológica se extraerá muestra de LCR. La muestra de suero se debe recoger a partir del tercer día tras el inicio de síntomas y nunca después de los 28 días; si se sospecha que la muestra no podrá recogerse después del tercer día tras el inicio de síntomas, se tomará en el mismo día de la visita médica, independientemente de los días transcurridos. Un resultado negativo en una muestra de suero recogida en las primeras 72 horas tras el inicio de síntomas no permite, en ningún caso, descartar parotiditis.

Recogida y transporte de muestras de sangre para la detección de anticuerpos IgM e IgG

Recoger sangre por venopunción en un tubo de suero estéril debidamente identificado (1ml en menores de 5 años y 5 ml a partir de los 5 años y en adultos) y etiquetarlo adecuadamente con el nombre o el número de identificación del caso y la fecha de la recogida. Dejarlo en reposo unos minutos para que se retraiga el coágulo y luego centrifugar a 1000 x g durante 10 minutos para separar el suero.

Como norma general las muestras de suero deberían enviarse al laboratorio tan pronto como sea posible siendo conservado a 4º C hasta el momento del envío. El envío no debe retrasarse esperando la recogida de otras muestras clínicas, ya que es de suma importancia tener un diagnóstico lo antes posible. Si no es así se puede almacenar de 4 a 8ºC durante un tiempo máximo de 7 días. Si por algún motivo excepcional se fuera almacenar durante más tiempo deberá hacerse a menos 20ºC. Deben evitarse congelaciones y descongelaciones repetidas, ya que pueden alterar la calidad de la muestra.

Para el envío del suero se utilizarán cajas de material impermeable o bien paquetes de hielo congelados y adecuadamente colocados en el interior de la caja de transporte. Dentro del paquete se introducirá material absorbente como algodón, que pueda empapar cualquier escape que pudiera ocurrir.

Recogida y transporte de muestras de saliva para el aislamiento y detección por PCR de virus

La muestra recomendada para el aislamiento y detección de ARN del virus de la parotiditis es la saliva. La muestra de saliva debe tomarse masajeando la glándula parótida con una torunda estéril durante treinta segundos. La torunda se sumergirá en medio de transporte de virus y se enviarán al laboratorio antes de 48 horas por el medio más rápido posible y con acumuladores de frío (4-8 º C).

Si no se dispone de torunda y medio de transporte de virus, puede recogerse la saliva del caso en un envase estéril de tamaño acorde con el volumen recogido. Sin embargo, el rendimiento diagnóstico de la saliva así recogida es menor.

Recogida y transporte de muestras de orina para el aislamiento y detección por PCR de los virus

La orina tiene menos rendimiento que la saliva para detección de virus de la parotiditis. Recoger la orina en un frasco estéril (10 a 50 ml) con sistema de tubo de vacío y cierre de rosca hermético, que se enviará al laboratorio. La orina debe centrifugarse preferentemente dentro de las 24 horas

después de su recogida a 500 x g (aproximadamente 1500 rpm) a 4°C durante 5 a 10 minutos. Descartar el sobrenadante y volver a suspender el sedimento en 2 a 3 ml de medio de transporte de virus estéril, medio de cultivo celular o PBS. El pellet así resuspendido deberá ser conservado a 4°C y enviado antes de 48 horas. Si esto no es posible se congelará a menos 70°C y se enviará con hielo seco dentro de un vial adecuadamente protegido contra la contaminación por CO₂.

Si la orina no puede ser centrifugada en origen se enviará al laboratorio antes de 48 horas por el medio más rápido posible y con acumuladores de frío (4 a 8°C). No congelar.

Envío de muestras al Laboratorio de Referencia

Las muestras se enviarán a través del Programa Específico de Vigilancia Microbiológica de Parotiditis, después de que el caso se haya notificado a los Servicios de Salud Pública de la comunidad autónoma correspondiente. Se seguirán las instrucciones, tanto para el envío de las muestras, como para la petición de pruebas. Se completará un pequeño formulario con la identificación del caso (ID de caso asignado en la comunidad autónoma) y la fecha de inicio de síntomas, con el fin de facilitar la integración de los datos de laboratorio incluidos los genómicos, con los datos epidemiológicos; todo ello de acuerdo con los permisos establecidos para los responsables de las CC.AA.