EsSalud

Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria en EsSalud

OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACIÓN SANITARIA - OIIS

Gerencia Central de Prestaciones de Salud

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

DIRECTIVA N° 12 - GCPS-ESSALUD- 2016

"VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA EN ESSALUD"

LIMA - PERÚ
2017

TITULO ORIGINAL: "VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA EN ESSALUD"

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº ISBN: 2017-00028
Primera edición, 2017
Cantidad: 500 ejemplares

Editado por:
Seguro Social de Salud, 2017
Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria:
Jr. Domingo Cueto Nº 120-8vo piso- Jesús María, Lima 11-Perú.
Telefónica: (511) 265-7000(anexo 2828)

Impreso por:
Martigraf E.I.R.L.
República de Portugal N° 446 – Breña
Telf.: 423-8142 / 998 007 467
Enero 2017

1439

SEGURO SOCIAL DE SALUD
BIBLIOTECA CENTRAL DONACION

PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD
JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY

GERENTE GENERAL
MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
LUCY NANCY OLIVARES MARCOS

JEFE DE OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACIÓN SANITARIA
RISOF SOLÍS CÓNDOR

ELABORACIÓN DE LA DIRECTIVA

Dr. Víctor Cornetero Muro	Equipo Técnico OIIS-GCPS-ESSALUD

EQUIPO DE VALIDACIÓN DE LA DIRECTIVA

Lic. Gladys Fernández Reque	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.
Lic. Maribel Sandoval Maquera	Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital III Puno
Lic. Mónica Álvarez Zevallos	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo.
Lic. Boris Atencio Morales	Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital II Cerro de Pasco.
Dr. Juan Camilo Gil Caira	Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hosp. I Victor Lazo Peralta
Dra. Juana García Espinoza	Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hosp. II Huancavelica.
Dr. Cosme Medina Amú	Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hosp. II Abancay.
Lic. Sonia Gamarra Quispe	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco.
Lic. Jenny Jurado Rosales	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

mfr 13201

EQUIPO DE REVISIÓN DE LA DIRECTIVA

Dr. Risof Solís Cóndor	Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Dra. Tania López Zenteno	Jefe de División de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Lic. Yovanna Seclen Ubillus	Equipo técnico de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°86-GCPS-ESSALUD-2016

Lima, 15 AGO 2016

VISTA:

La Carta N°152-OIIS-GCPS-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, el Informe Técnico Nº10-OIIS-GCPS-ESSALUD-2016, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la citada Ley, se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos interno, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, el proyecto de directiva tiene como objetivo estandarizar los procedimientos de la vigilancia de las prioridades sanitarias institucionales y las enfermedades de notificación obligatoria a nivel de ESSALUD.

Que, el proyecto de directiva tiene como finalidad contribuir a generar información oportuna y de calidad de los daños y problemas prioritarios de salud a nivel institucional, así como de aquellos que son de Notificación obligatoria inmediata para la toma de decisiones.

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el texto actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-ESSALUD, en cuyo literal a) del artículo 158° establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de los resultados e impacto de las intervenciones sanitarias.

Con los vistos de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria y de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
Luis A. Velasquez Morales
Fedatario Titular
Resolución N°88 GCPS-ESSALUD-2015
15 AGO 2016

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 86-GCPS-ESSALUD-2016

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE

1. **APROBAR** la Directiva N° 12 -GCPS-ESSALUD-2016 del **"Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria"** que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **ENCARGAR** a la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la difusión, asistencia técnica, implantación y evaluación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, a nivel nacional.

3. **NOTIFICAR** a las Redes Desconcentradas / Redes Asistenciales y Hospitales Nacionales, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesario para la implementación de la Directiva aprobada, debiendo la Gerencia Central de Operaciones realizar el control, supervisión y evaluación de la implementación.

4. **PUBLICAR**, en el compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

V°B° DE PRESTACIONES DE SALUD
CARDENAS R. Abogo II
ESSALUD - GCPS

V°B° VIGILANCIA E INFORMACION SANITARIA
R. SOLIS C. Jefe
ESSALUD-GCPS

Bra. MILAGROS SÁNCHEZ TORREJON
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
Luis A. Velasquez Morales
Fedatario Titular
Resolución N° 88 GCPS-ESSALUD-2015
15 AGO 2016

ÍNDICE

I. OBJETIVO 08

II. FINALIDAD 08

III. BASE LEGAL 08

IV. AMBITO DE APLICACIÓN 09

V. RESPONS ABILIDAD
09

VI. DISPOSICIONES

DISPOSICIONES GENERALES 09

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 10

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS 14

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA 15

VIII. ANEXOS

Nº 1 ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA Y PRIORIDADES SANITARIAS 73

Nº 2 EVENTOS DE SALUD PÚBLICA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA 76

N° 3 DIAGNOSTICOS QUE PUEDEN SER INCLUIDOS EN LA NOTIFICACION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, NEUMONIAS Y SOBA 77

N° 4 DIAGNOSTICOS QUE PUEDEN SER INCLUIDOS EN LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DIARREICAS 78

Nº 5 5-A NOTIFICACIÓN SEMANAL DE ENFERMEDADES DE INTERÉS INSTITUCIONAL 79

5-B NOTIFICACIÓN MENSUAL DE ENFERMEDADES DE INTERÉS INSTITUCIONAL 81

Nº 6 FLUJOGRAMA 83

Nº 7 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA Y PRIORIDADES SANITARIAS 85

VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA EN ESSALUD

I. OBJETIVO

Estandarizar los procedimientos de la vigilancia de las prioridades sanitarias institucionales y las enfermedades de notificación obligatoria a nivel de ESSALUD.

II. FINALIDAD

Contribuir a generar información oportuna y de calidad de los daños y problemas prioritarios de salud a nivel institucional, así como de aquellos que son de Notificación obligatoria inmediata para la toma de decisiones.

III. BASE LEGAL

a. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97 SA.
b. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
c. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, modificado por los Decretos Supremos N° 002-2004-TR Y025-2007-TR.
d. Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
e. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
f. Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGE V.01 que establece la notificación de Enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Publica.
g. Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria Nº047-MINSA/DGE-V.01. Notificación de Brotes, epidemias y otros eventos e importancia para la salud pública.
h. Resolución Ministerial N° 1024-2014/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 061 – MINSA/DGE v.01 Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA).
i. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-ESSALUD.
j. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 120-GDP-ESSALUD-2004. Aprueba el "Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en todos los Órganos desconcentrados, a través de la Red Prestadora integrada por IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Pública Privada – APP de diferente nivel de complejidad, a fin que se cumplan las garantías explícitas de acceso, calidad y de oportunidad.

V. RESPONSABILIDAD

5.1 NIVEL CENTRAL

El Gerente Central de Prestaciones de Salud a través del Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria, es responsable de la difusión, asistencia técnica, implantación y evaluación de la Directiva hasta el nivel de Gerencias Centrales.

El Gerente Central de Operaciones evalúa, supervisa y controla la implementación de la presente Directiva.

5.2 NIVEL REDES

El Gerente y/o Director de Red Desconcentrada /Asistencial, y Hospital Nacional, es el responsable de adoptar acciones necesarias para la implementación de la presente Directiva.

5.3 NIVEL IPRESS:

El Gerente y/o Director de la IPRESS, es responsable de adoptar acciones necesarias para la implementación de la presente Directiva.

VI. DISPOSICIONES

6.1. DISPOSICIONES GENERALES

6.1.1 La notificación de daños de vigilancia sanitaria nacional e internacional, así como los considerados como prioridades sanitarias, es de cumplimiento obligatorio en el ámbito del Seguro Social de Salud.

6.1.2 Todo evento de notificación obligatoria y/o prioridad sanitaria, se ingresa en el Modulo de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria del Sistema informático Institucional vigente, en los plazos establecidos utilizando los instrumentos contenidos en la presente directiva.

6.1.3 La Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria, se basa en la notificación de casos nuevos y definitivos, excepto aquellos daños que requieran confirmación por el Instituto Nacional de Salud en los que se considera los diagnostico presuntivos.

6.1.4 Los instrumentos que se utilizan para la notificación de Prioridades Sanitarias y/o Notificación obligatoria son:

- Los partes diarios de atención en consulta médica, hospitalización y emergencia.
- La Historia Clínica del asegurado, para la verificación de los diagnósticos considerados como de notificación obligatoria y prioridades sanitarias.

- El instructivo del uso del módulo de Prioridades Sanitarias y Notificación Obligatoria del Sistema Informático Institucional Vigente.

6.1.5 El responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga de sus veces en la IPRESS realiza la notificación, procesamiento, análisis y envío de la información de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria a la respectiva Red de su jurisdicción, a la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central y la DIRESA, GERESA correspondiente

6.1.6 La Red correspondiente realiza la consolidación, análisis, elaboración de informes y envió de la información a la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central.

6.1.7 La Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central consolida, analiza, elabora y difunde los informes epidemiológicos del comportamiento de las Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria a nivel Institucional.

6.2 DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.2.1 DE LA BÚSQUEDA DE INFORMACION Y LLENADO DE LA FICHA

a. El responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga de sus veces en la IPRESS, selecciona en el sistema

de gestión hospitalaria o en el sistema informático disponible a todos aquellos pacientes que son identificados por primera vez para el daño a tratar que cumplen los criterios de definición de caso y se encuentran en el Listado de Enfermedades de Notificación Obligatoria y de Prioridades Sanitarias (Anexo 1).

b. El responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga de sus veces en la IPRESS, utiliza como fuente de información para la obtención de datos los Sistemas de Gestión Hospitalaria – (SGH), el Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS: Módulo de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia), Sistema Informático de Salud de Centros de Atención Primaria (SISCAP), reportes del personal asistencial y la Historia clínica de la IPRESS donde se atendió el caso.

c. En el caso de las IPRESS que no cuenten con los Sistemas de Red o con los sistemas informáticos Institucionales, la notificación de casos se realiza en forma manual, utilizando como fuente de información el parte diario de atención, historia clínica u otra fuente; enviando a la cabecera de la red dicha información, utilizando los siguientes formatos:

   - Formato A: Ficha de Notificación Semanal Individual y Consolidado (Anexo 3A)
   - Formato B: Ficha de Notificación Mensual Enfermedades no transmisibles. (Anexo 3B)

d. En el caso que alguna IPRESS no cuente o tenga habilitado el modulo informático para el registro de los casos de notificación obligatorio o prioridades institucionales; se remite la información a la cabecera de red del mismo modo que lo anteriormente mencionado.

e. El profesional de la salud del servicio donde ocurrió el evento, llena las fichas epidemiológicas de los eventos de Notificación Obligatoria definidos por el ente rector.

f. El Director de la IPRESS dispone las medidas para que los servicios asistenciales (hospitalización, Consulta externa, Emergencia), comuniquen oportunamente los eventos de notificación obligatoria identificados al responsable de Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o el que haga sus veces de la IPRESS. Las Oficinas o Unidades de Inteligencia sanitaria

IPRESS/RED mantienen actualizada la lista de eventos bajo notificación obligatoria comunicándolo al director de la IPRESS/ APP

g. El responsable de Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga de sus veces en la IPRESS, acude al llamado del Servicio donde se produjo el evento para tomar conocimiento y completar el
llenado de la Ficha de Notificación epidemiológica.

6.2.2 DE LA VALIDACION Y NOTIFICACION DEL CASO

El responsable de las Oficinas o Unidades de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS realiza la validación del evento de acuerdo a los conceptos de referencia contenidos en esta directiva.

El responsable de las Oficinas o Unidades de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS, es el que realiza el control de la calidad de datos utilizando la fuente de datos disponibles así como el Módulo de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria del Sistema Informático Institucional Vigente

El responsable de las Oficinas o Unidades de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS, notifica según corresponda en forma inmediata, semanal o mensual el evento de Notificación Obligatoria ocurrido, a la Red de su jurisdicción de ESSALUD, con copia a la Oficina de inteligencia e Información Sanitaria de la sede Central y GERESA/DIRESA correspondiente

.

El responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red correspondiente consolida, analiza y remite información a la Oficina de inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central.

La frecuencia de la notificación no inmediata es de la siguiente manera:

- **Semanal**, para las enfermedades transmisibles y de notificación obligatoria, los días miércoles de cada semana.
- **Mensual**, para las enfermedades no transmisibles, el 5to día hábil de cada mes.

Para los eventos de salud pública de notificación inmediata, se considera las establecidas en el Anexo 2 y otras que la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria considere a través de alertas sanitarias. El responsable de las Oficinas o Unidades de Inteligencia

Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS, reporta dentro de las 24 horas mediante fichas individuales a sus respectivas DIRESA – GERESA así como a la Red de su jurisdicción y a la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central.

6.2.3 DE LA INVESTIGACION DEL CASO DE NOTIFICACION OBLIGATORIA INMEDIATA

La investigación se realiza según los protocolos nacionales vía el laboratorio regional del INS. El responsable del Laboratorio de la IPRESS en coordinación con el responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS realiza el procedimiento de toma de muestra y envío al laboratorio referencial para la investigación del caso.

En caso que la IPRESS no contara con laboratorio y existiese un estado de Alerta Epidemiológica para un daño de salud especifico, el caso debe ser derivado al servicio de Emergencia de la IPRESS de mayor resolución de su jurisdicción para manejo y toma de muestra.

El material e insumos para la toma de muestra serán provistos de acuerdo a la directivas sanitarias vigentes, para lo cual el responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS coordina con la DIRESA /GERESA correspondiente.

El resultado de la investigación es verificado por el responsable de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del sistema NET LAB del INS para la clasificación final del caso.

6.2.4 DEL PROCESAMIENTO DEL CASO

Se utiliza para el procesamiento de los datos el Módulo de Enfermedades de Notificación Obligatoria del Sistema Informático Institucional Vigente.

El personal de la Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces de la IPRESS, procesa la información según el calendario epidemiológico vigente, realizando la corrección de las inconsistencias y el análisis de la información generada. Para la detección de inconsistencias utiliza el reporte del listado individualizado con nombre y apellido generado por el Módulo de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria del Sistema Informático Institucional Vigente a fin de dar consistencia al dato.

La información de los daños considerados como prioridad Institucional se analizara bajo una periodicidad semestral.

6.2.5 DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION

La Oficina o Unidad de Inteligencia o quien haga sus veces de la IPRESS genera reportes epidemiológicos a través de Sistema informático Institucional vigente los cuales serán remitidos a la red de su jurisdicción y presentan un informe epidemiológico con frecuencia mensual al Gerente o Director de la IPRESS y a la Red de su jurisdicción con copia a la OIIS a nivel Central.

La Oficina o Unidades de Inteligencia Sanitaria de los órganos prestadores elaboran informes (sala situacional) de la información de los daños considerados como prioridad Institucional que se difunde semestralmente a la sede Central

El responsable de la Oficina de Inteligencia Sanitaria de Red presenta un informe mensual (sala situacional) al Gerente o Director de la Red de su jurisdicción con copia a la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria a nivel Central. La información de los daños considerados como prioridad Institucional se difunde semestralmente con la presentación de un informe a nivel Central.

La Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria a nivel Central consolida, analiza y difunde información de manera institucional

6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

6.3.1 Los indicadores establecidos se evaluaran de los informes correspondientes para la implementación progresiva de la presente Directiva.

6.3.2 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente directiva por parte de los funcionarios, jefes de departamento, jefes de servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.

6.3.3 El inicio de procedimientos administrativos disciplinarios y las imposiciones de las sanciones que pudiesen corresponde a los servidores pertenecientes a los regímenes laborales comprendidos bajo el Decreto Legislativo N° 276 Ley de

Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y sus modificatorias; el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo Nº728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral, aprobado por el Decreto Supremo Nª 003-97-TR y sus modificatorias y el Decreto Legislativo Nº 1057 (CAS), Decreto que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios , se efectuara de acuerdo a las normas contenidas en la ley del servicio Civil Nª 30057 y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo Nª 040-2014-PCM, así como por la directiva Nª 002-2015-SERVIR/GPGSC aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva Nª101-2015-SERVIR-PE.

6.3.4 El gerente /Director y el jefe de las Oficina de administración de la Red Desconcentrada /Asistencial son los responsables del cumplimiento de la presente Directiva en todas las IPRESS de su jurisdicción, así como de los resultados por falta de control y seguimiento operativo.

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

7.1 VIRUELA (B03)

Enfermedad producida por un virus perteneciente al género Orthopoxvirus y a la familia Poxviridae. Esta familia tiene dos subfamilias: Chordopxvirinae, que infecta a animales vertebrados, y Entomopoxivirinae que infecta a insectos. Existen cuatro submiembros de la subfamilia Chordopoxvirinae capaces de infectar humanos: a) virus Variola, b) virus Vaccina, c) virus de la viruela bovina (cowpox), y d) virus de la viruela de los monos (monkeypox). El virus Vaccina y el de la viruela bovina ocasionan infecciones localizadas en piel, mientras que el virus Variola y el de la viruela de los monos causan enfermedades sistémicas, sin embargo el virus variola ocurre únicamente en humanos.

Caso Sospechoso

Un individuo de cualquier edad que presente un inicio agudo de fiebre (>38,3°C), malestar y postración severa con cefalea y dolor de espalda entre dos y cuatro días antes de la aparición del sarpullido

- Aparición ulterior de un sarpullido maculopapular que comienza en la cara y los antebrazos, extendiéndose luego al tronco y las piernas,

y evoluciona en 48 horas convirtiéndose en vesículas, y después pústulas, redondas bien circunscritas, profundas y firmes/duras, que pueden ser umbilicadas o confluentes

- Lesiones que aparecen en la misma fase de desarrollo (esto es, todas son vesículas o todas son pústulas) en cualquier parte de cuerpo (p. ej. cara o brazos)
- No hay ningún otro diagnóstico que explique la enfermedad

Caso confirmado de viruela:
Todo caso sospechoso con estudios serológicos de PCR que descarten la presencia de virus varicela y confirmen la presencia de virus viruela con cultivo viral.

Clasificación de RAO de las variantes Clínicas de la Viruela Mayor

TIPO	GRAVEDAD	CARACTERISTICAS
Ordinaria (> 90% en personas no vacunadas)	Leve a grave	• Lesiones pustulares • Tres subtipos: **Confluente** (exantema confluente en cara y antebrazos) **Semiconfluente** (exantema confluente en la cara) **Discreta** (áreas de piel preservadas entre lesiones)
Modificada (en personas previamente vacunadas)	Leve	• El exantema e similar a ordinario pero tiene un curso clínico acelerado
Plana (usualmente fatal)	Grave	• Las pústulas permanecen planas • Usualmente confluente o semiconfluente • Variedad no común
Hemorrágica (usualmente fatal)	Grave	• Hemorragias diseminadas en piel y mucosas • Dos subtipos: Temprana (con exantema purpúrico 100% fatal) Tardía (con hemorragias hacia la base de las pústulas)

7.2 POLIOMELITIS POR POLIO SALVAJE

Caso Sospechoso

Se define como caso sospechoso el de un niño menor de 15 años que presente parálisis fláccida aguda (PFA), o el una persona de cualquier edad afectada por una enfermedad paralizante si se sospecha que puede ser poliomielitis.

Caso Confirmado

Se define como un caso sospechoso con aislamiento de poliovirus salvaje en muestras de heces recogidas del caso sospechoso o de una persona en contacto cercano con el caso sospechoso.

7.3 GRIPE HUMANA CAUSADA POR UN NUEVO SUBTIPO DE VIRUS

Definición de Caso

Todo caso confirmado en laboratorio de infección humana reciente causada por un virus de la gripe A que pueda provocar una pandemia. No se exige adjuntar pruebas de la enfermedad a esta notificación. Se entiende que un virus de la gripe A tiene posibilidades de provocar una pandemia si el virus ha demostrado capacidad para infectar a un ser humano y si el gene (o la proteína) de la hemaglutinina no es una variante o una mutación de los que circulan extensamente en la población humana, es decir, las cepas A/H1 o A/H3.

Una infección se considera reciente si ha sido confirmada por resultados positivos de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa, aislamiento del virus, o pruebas serológicas pareadas con sueros de la fase aguda y de convalescencia. Un título de anticuerpos en un solo suero no suele ser suficiente para confirmar una infección reciente, por lo que debería evaluarse por referencia a definiciones de caso válidas de la OMS respecto de las infecciones humanas por subtipos específicos de virus gripales A.

7.4 SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (J-12.81)

Definición de caso sospechoso

-Historia de fiebre, o fiebre documentada
-Uno o más de los síntomas de enfermedad del tracto respiratorio inferior (tos, dificultada al respirar, disnea).
-Prueba radiográfica de infiltrados pulmonares compatibles con neumonía o

síndrome de distrés respiratorio agudo, o resultados de la autopsia conformes con la patología de la neumonía o el síndrome de distrés respiratorio agudo sin causa identificable.
Ningún otro diagnóstico puede explicar plenamente la enfermedad.

Caso Confirmado

Individuo con una infección por coronavirus del SRAS, confirmada con las siguientes pruebas de laboratorio, que respondiera a la definición de caso sospechoso de SRAS o bien hubiera trabajado en un laboratorio que manejara coronavirus del SRAS vivos o almacenara muestras clínicas infectadas por ese virus:
Prueba de reacción en cadena de la polimerasa de transcriptasa inversa convencional (RT-PCR) y de PCR de transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR en tiempo real) para detectar la presencia de ARN viral en:

- Al menos dos muestras clínicas diferentes (p. ej. nasofaríngea y fecal)
- La misma muestra clínica recogida en dos o más ocasiones durante el curso de la enfermedad (p.ej. aspirados nasofaríngeos secuenciales) o
- En un nuevo extracto de la muestra clínica inicial que haya dado positivo en dos pruebas diferentes o repita la RT-PCR/RT-PCR en tiempo real en cada realización de la prueba, o en el cultivo viral de cualquier muestra clínica.
- Prueba inmunoabsorbente ligada a enzimas (ELISA) y prueba inmunofluorescente (IFA)
- Prueba de anticuerpos negativa en suero recogido durante la fase aguda de la enfermedad seguida de una prueba de anticuerpos positiva en suero de la fase de convalescencia, realizadas simultáneamente, o
- Cuadruplicación o aumento mayor del título de anticuerpos contra el coronavirus del SRAS entre una muestra de suero de fase aguda y una muestra de fase convalesciente (sueros pareados), examinadas simultáneamente.

7.5 POLIOMIELITIS AGUDA (PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA - A80)

Contacto de caso confirmado

Es aquella persona que ha tenido contacto con un paciente confirmado de poliomielitis dentro de los 40 días previos y 30 días después a la fecha de inicio del déficit motor en el caso.

Caso probable de poliomielitis aguda (PFA)

En todo menor de 15 años que presente cuadro clínico caracterizado por disminución o pérdida de la fuerza muscular (paresia ó parálisis) y del tono muscular (hipotonía ó flacidez) en una o más de sus extremidades, de instalación rápida (3 a 4 días) y de origen no traumático.

Caso confirmado de poliomielitis

- **Con muestra:** Por laboratorio: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en el cual se aísla el poliovirus en muestra de heces del paciente y con parálisis residual.

- **Sin muestra:**

  Clínico - epidemiológico: Todo caso de PFA que ha tenido un seguimiento periódico por 6 meses (30 días, 60 días, 90 días, 120 días y 180 días) y con parálisis residual, en el que la Comisión Nacional Revisora de casos de PFA encuentra criterios clínico-epidemiológicos de poliomielitis, y no identifica otra etiología.
  Por nexo epidemiológico: Todo caso de PFA que ha tenido contacto 30 días antes del inicio de la parálisis de un caso confirmado por laboratorio y que presenta parálisis residual.

Caso confirmado de poliomielitis paralítica asociado a la vacuna (PPAV)

- Caso en receptor de vacuna: Todo caso de PFA que ha recibido la vacuna de antipolio oral (APO) entre 4 a 40 días antes del inicio de la parálisis y en quién se aísla el poliovirus vacunal y que presenta parálisis residual.
- Caso contacto del receptor de vacuna: Todo caso de PFA que tuvo contacto con un vacunado con APO entre 4 y 85 días antes del inicio de la parálisis, en quién se aísla el poliovirus vacunal y que presenta parálisis residual.

Caso descartado de poliomielitis. Todo caso probable (PFA):

- Con muestra adecuada de heces, con resultado negativo para poliovirus y sin parálisis residual.

- Sin muestra adecuada de heces, sin parálisis residual y que en el seguimiento de 180 días, la Comisión Nacional Revisora de casos de PFA no encuentra criterios clínico-epidemiológicos de poliomielitis.

Caso importado de poliomielitis:
Es el caso confirmado de poliomielitis, cuya infección ocurre fuera del territorio nacional. Por epidemiología molecular se caracteriza genéticamente y se puede precisar su procedencia.

7.6 TOS FERINA O PERTUSSIS (A37)

Caso probable de Pertussis:

a) **En niños menores de 3 meses:** niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, llegando hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (por ejemplo alimentación) con antecedente de contacto con caso probable de Pertussis.

b) **En mayores de 3 meses: Toda persona mayor de tres meses:**

- Vómitos postusivos (es decir, vómitos inmediatamente después de la tos).
- Los lactantes menores son los primeros en acceder a un servicio de salud, ellos comúnmente se infectan a partir de casos probables de pertussis que pueden ser generalmente la madre, el padre, niños mayores o adultos, estos casos primarios son difíciles de identificar por comportarse generalmente como oligosintomáticos que casi siempre acuden tardíamente a un EE. SS. por:
- Tos persistente duradera mayor de dos semanas y sin chillido.
- Síntomas más suaves que simula bronquitis o asma, o
- Síntomas clásicos
- En estos casos el lactante menor caso probable de Pertussis debe ser considerado caso índice.

Caso confirmado de Pertussis:

a) **Por laboratorio:** Caso probable con resultado de inmunofluorescencia directa (IFD) positivo, reacción de cadena de polimerasa (PCR) positivo y/o aislamiento de Bordetella Pertussis.
b) **Por nexo epidemiológico:** Caso probable que tuvo contacto durante el periodo de transmisibilidad con un caso confirmado por laboratorio.

Caso descartado de Pertussis:
Caso probable con resultado negativo de laboratorio y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio. Todo resultado de laboratorio positivo confirma el caso, pero el resultado negativo de laboratorio no lo descarta; por

lo que siempre es necesario verificar la no existencia de nexo epidemiológico con un caso confirmado.

Otras definiciones operativas:

- **Contacto:** Cualquier persona expuesta a un caso probable de Pertussis entre una semana antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística.
- **Período de transmisibilidad**: Es la posibilidad que un caso tiene de contagiar a un contacto, desde la fase catarral hasta 3 semanas después de comenzar los paroxismos.Las personas con pertussis son más infecciosas durante la fase catarral y las primeras tres semanas después del inicio de la tos (es decir, aproximadamente 28 días). Con el propósito de la vigilancia e intervención: La persona es más eficiente en expandir la enfermedad una vez la tos comienza. Para determinar el período de transmisibilidad desde el caso hacia el contacto, tomar el inicio de la tos y extenderlo por los siguientes 28 días o hasta que la persona ha terminado siete días completos de un antibiótico apropiado.
- **Brote:** Se considera Brote a la presencia de uno o más casos confirmados de Pertussis en un área geográfica determinada.
- **Niño adecuadamente vacunado:** Todo niño que antes de cumplir el primer año de edad recibió tres dosis de vacuna Pentavalente ó DPT (triple), a partir de los dos meses de edad, con intervalo mínimo de dos ó un mes respectivamente entre una dosis y la siguiente (la cohorte de niños menores vienen recibiendo pentavalente).
- **Niño inmunizado:** Todo niño adecuadamente vacunado que ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal. Considerar que la eficacia del componente "P" de la Pentavalente/DPT es del 80%.
- **Niño susceptible:** Todo niño menor de 05 años que no ha sido adecuadamente vacunado, o que no ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal (ineficacia del componente "P" de la vacuna Pentavalente/DPT es igual al 20%). La mayoría de los niños vacunados de aproximadamente 10 - 12 años y mayores pueden ser susceptibles por pérdida de inmunidad.
- **Fase Catarral:** Ésta es la etapa más contagiosa del pertussis, dura generalmente cerca de dos semanas. La enfermedad comienza insidiosamente, más o menos tienen parecido de un resfrío común, con el estornudo, una secreción nasal, pérdida de apetito y una tos molesta en la noche.

- **Fase Paroxística:** Los síntomas clásicos comienzan con una tos aguda (tos ferina) de 5-15 episodios ó ataques consecutivos de tos

por la única respiración, seguida por un chillido agudo tal como las personas que inhalan profundamente. En momentos otro acceso de tos ocurre, acompañado a veces de sensación de falta de aire y vómitos. La persona infectada aparece generalmente normal entre los ataques. La tos es generalmente peor en la noche. La fiebre es a menudo ausente o mínima a través del curso de la enfermedad. La Fase paroxismal puede durar una a seis semanas.

- **Fase convaleciente:** Puede persistir por tres semanas a tres meses (siete semanas en promedio). Incluso después de la recuperación, es clásico que episodios de tos pueden repetirse por meses. Esto es generalmente porque la persona está desarrollando otra infección respiratoria superior que pueda irritar las vías aéreas previamente dañadas.

7.7 DIFTERIA (A36)

Caso probable de Difteria

Todo caso caracterizado por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz.

Caso confirmado de Difteria

Todo caso probable con uno de los siguientes criterios:

- Aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* de un espécimen clínico.
- Aumento al cuádruple o más de los anticuerpos séricos (pero solo sí ambas muestras séricas se obtuvieron antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina).
- Diagnóstico histopatológico de la difteria.
- Por nexo epidemiológico a un caso confirmado por laboratorio.
- Las personas asintomáticas con cultivos positivos de *C. diphtheriae* (es decir, portadores asintomáticos o difteria cutánea) no deben notificarse como casos probables o confirmados de difteria.
- Enfermedades respiratorias causadas por *C. diphtariae* no toxicógeno deben ser reportadas como difteria.

7.8 TÉTANOS NEONATAL (A33)

Caso probable de Tétanos Neonatal

a) Todo recién nacido que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos ó que presenta incapacidad para succionar, que ha llorado y se ha alimentado normalmente durante los dos primeros días de vida.

b) Todo fallecimiento neonatal entre los 3 a 28 días de vida por una causa no conocida, en un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas de vida.

Caso confirmado de Tétanos Neonatal

a) Todo recién nacido con historia de alimentación y llanto normal durante los 2 primeros días de vida, comienzo de la enfermedad entre el día 3 y 28 de vida e incapacidad para la succión (presencia de trismus) seguida de rigidez muscular generalizada y/o convulsiones (espasmos musculares).

b) El diagnóstico es clínico, no requiere confirmación por laboratorio, ya que los hallazgos de *C. Tetani* o su aislamiento en cultivo no tiene validez diagnóstica, ni por nexo epidemiológico porque no es una enfermedad transmisible.

El diagnóstico es puramente clínico y no depende del laboratorio y/o confirmación bacteriológica.

Caso descartado de Tétanos Neonatal

Un caso descartado es aquel que ha sido investigado y no cumple con la definición de caso, se debe especificar el diagnóstico. Además, se preparará regularmente un resumen de los casos descartados.

7.9 SARAMPION –RUBÉOLA (B05-B06)

Caso sospechoso de Sarampión-Rubéola

Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola o todo caso que presente fiebre y erupción exantemática máculo papular generalizada. NO vesicular.
Todo caso al término de la investigación debe ser clasificado en algunas de las siguientes categorías según corresponda.

Caso confirmado de Sarampión-Rubéola
Todo caso sospechoso se confirmará de la siguiente manera:

a). Por laboratorio:
- **Es Sarampión:** Si el resultado es IgM (+) por el método de ELISA indirecto.

- **Es Rubéola:** Si el resultado es IgM (+) por el método de ELISA indirecto.

b). **Por nexo epidemiológico**

- **Es Sarampión:** si el caso sospechoso tuvo contacto con un caso confirmado por laboratorio de sarampión.
- **Es rubéola:** si el caso sospechoso tuvo contacto con un caso confirmado por laboratorio de rubéola.

c). **Por clínica**

Un caso solo puede clasificar como tal, luego de ampliar la investigación clínica epidemiológica. Se incluyen aquí a los casos que no tienen muestra para serología o muestras inadecuadas (> de 30 días, hemolizadas, contaminadas o mal conservadas) y en los que se demuestre el nexo epidemiológico.

Caso descartado de Sarampión-Rubéola

Todo caso sospechoso se descartará de la siguiente manera:

- **Sarampión:** si el resultado IgM es negativo por método de ELISA indirecto,
- **Rubéola:** si el resultado IgM es negativo por método de ELISA indirecto.

Caso importado de Sarampión

Es un caso confirmado de sarampión por laboratorio, en una persona que viajó a otro país (entre 7 y 18 días antes de la aparición de la erupción) donde circula el virus del sarampión.

Caso asociado a la vacuna

Es todo caso sospechoso de sarampión confirmado por laboratorio y que tiene como antecedente haber recibido vacuna antisarampionosa entre 7 y 18 días antes de la erupción. Este antecedente debe ser verificado con el carné o a través de los registros del establecimiento de salud.

7.10 FIEBRE AMARILLA SELVATICA (A95.0)

Caso probable de Fiebre Amarilla

Toda persona de cualquier edad procedente de zona endémica de fiebre amarilla, que presenta fiebre de inicio agudo seguido por ictericia y/o uno de los siguientes criterios:

a) Sangrado de mucosa nasal y de encías o sangrado digestivo alto (hematemesis o melena)
b) Muerte 3 semanas después de haberse instalado la enfermedad.

Caso confirmado de Fiebre Amarilla

Por laboratorio: Todo caso probable cuyo resultado de laboratorio es positivo por uno o más de los métodos siguientes:

En suero:
- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla.
- Presencia de IgM específica para fiebre amarilla o un aumento de 4 veces o más de los niveles de IgG en muestras de suero pareadas (agudo y convaleciente).
- Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla en suero por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

En tejidos:
- Muestra de hígado por inmunohistoquímica (postmortem).
- Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

Por nexo epidemiológico
- Contacto de uno o más casos probables con uno o más casos confirmados, procedentes de la misma área endemo - enzoótica.
- Contacto de un caso probable que fallece en menos de 10 días, sin confirmación laboratorial y que provenga de área donde hay casos confirmados.

Caso descartado de Fiebre Amarilla

Todo caso que después de la investigación no cumple con el criterio de caso probable o que tiene resultados negativos en el laboratorio.

Caso sospechoso de Fiebre Amarilla

Todo paciente con fiebre e ictericia de inicio agudo y procedente de zona enzoótica. Sólo se usa en:

a) Caso de epidemia con la finalidad de captar oportunamente una mayor cantidad de casos.
b) Lugares donde se sospeche pueda ocurrir un incremento de la actividad epidémica.

Caso asociado a vacuna
Caso probable con antecedente de haber sido vacunado 10 días antes del inicio de la ictericia.

a) En estos casos en que se sospeche la asociación a la vacuna será muy importante documentar la vacunación y tomar muestras para asilamiento viral.
b) Su investigación se manejará como ESAVI (Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación ó Inmunización).

7.11 TÉTANOS (A35)

Caso probable de Tétanos:
Característica clínica, de inicio agudo, con rigidez (hipertonía) y /o contracciones musculares dolorosas, inicialmente de los músculos de la mandíbula y del cuello (trismus) y espasmos musculares generalizados, sin otra causa médica aparente

Caso confirmado de Tétanos
Caso clínicamente compatible reportado por un profesional de salud.

7.12 HEPATITIS B

Caso probable sintomático de Hepatitis B
Todo caso con manifestaciones clínicas de: Fiebre, ictericia, coluria, y que presenta aumento del nivel de transaminasas hepáticas mayor o igual a tres veces el valor normal (según el método utilizado) y bilirrubinas aumentadas a predominio directo, durante los primeros días de la enfermedad.

Caso probable asintomático de Hepatitis B
Individuo asintomático y sin historia clínica previa de hepatitis viral que presenta transaminasas elevadas de cualquier valor.

Caso confirmado de Hepatitis B
Aquel que tiene uno o más de los marcadores serológicos positivos para hepatitis viral B.

Portador crónico
Todo caso confirmado de HVB, con persistencia del HbsAg (Antígeno de superficie) por más de seis meses. Puede ser clínicamente sintomático o asintomático con transaminasas normales o aumentadas.

Contactos

- Pareja sexual de un paciente infectado.
- Persona que comparte jeringas o agujas contaminadas (usuario de drogas endovenosas).
- Hijos de madres con antígeno de superficie positivo.
- Individuo que manipula o que recibe sangre o material biológico de persona infectada.
- Paciente sometido a procedimientos quirúrgicos u odontológicos que haya compartido material instrumental contaminado.
- Usuario de hemodiálisis.
- Persona que vive con portador crónico de hepatitis B.

7.13 RABIA HUMANA URBANA (A82.1)

RABIA HUMANA SILVESTRE (A82.0)

Enfermedad producida por el virus de cadena RNA pertenece a la familia Rhabdoviridae, género Lyssavirus. Epidemiológicamente presenta dos ciclos diferentes: La rabia urbana y rabia silvestre, siendo el reservorio para la rabia Urbana principalmente al perro o gato y otros animales mordidos por animal rabioso. Para la rabia Silvestre se consideran como reservorios a diferentes especies de carnívoros como zorrillos, zorros, mapaches, etc y murciélagos hematófagos (Desmodus rotundus) y no hematófogos (Tadarida brasiliensis, Lasiurus cinereus).

Caso probable

Todo caso que presenta síndrome neurológico agudo de encefalitis) que se inicia con síntomas inespecíficos, como fiebre, cefalea, angustia, malestar general y parestesias locales en el punto de entrada, apareciendo posteriormente síntomas neurológicos de hiperactividad como excitabilidad, alucinaciones, hidrofobia, delirio, convulsiones o de la variante paralítica poco común, que progresan ambas hacia el coma y la muerte. La muerte se genera por insuficiencia respiratoria entre los 4 y 7 días después de la aparición del primer síntoma, en caso de no administrarse un tratamiento intensivo. Puede existir o no el antecedente de mordedura o contacto con un animal presuntamente rabioso según sea el ciclo de rabia urbana o silvestre descrito anteriormente.

Caso confirmado

Todo caso probable que es confirmado por:

- Detección del virus rábico por inmunofluorescencia directa (IFD) en tejido cerebral (obtenido postmortem).
- Detección del virus rábico por IFD en biopsia cutánea o frotis corneal (obtenido ante mortem).
- Detección de virus rábico por IFD en cerebros de ratones adultos o en lactantes y en cultivo celular, después de la inoculación con tejido cerebral, saliva o líquido cefalorraquídeo (LCR) del caso.
- Detección de anticuerpos neutralizantes del virus rábico en el LCR de una persona no vacunada.
- Identificación de antígenos víricos por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tejido fijo obtenido post mortem o en un espécimen clínico (tejido cerebral o cutáneo, córnea o saliva).

Caso sospechoso

Durante un brote, o en una zona enzoótica de rabia silvestre, para la búsqueda de casos, se puede utilizar la siguiente definición: Todo paciente con un síndrome neurológico agudo (de encefalitis o parálisis flácida) con o sin antecedente de mordedura o contacto con un animal presuntamente rabioso.

7.14 CARBUNCO O ÁNTRAX (A22)

Caso probable de carbunco cutáneo

Todo caso que presenta lesión cutánea que en el curso de 1 a 6 días evoluciona de una etapa popular a una vesicular y finalmente se convierte en una escara negra deprimida, acompañada de edema leve o extenso, con antecedente de contacto directo con animales infectados (vivos, muertos o con sus productos).

Caso probable de carbunco intestinal

Todo caso que presente náuseas, vómitos y anorexia, seguidos de fiebre, luego de la ingesta de carne contaminada procedente de animales infectados.

Caso probable de carbunco inhalatorio:

Todo caso que luego de un pródromo breve que se asemeja a una infección

respiratoria viral aguda, evoluciona rápidamente presentando hipoxia, disnea y temperatura alta, y cuyo examen radiográfico de pulmones muestre ensanchamiento mediastinal, y tenga antecedente de contacto con un caso confirmado o sospechoso en animales o con productos de origen animal contaminados.

Caso probable de carbunco meníngeo

Todo caso con aparición aguda de fiebre alta, convulsiones, pérdida de la conciencia y signos meníngeos, y con antecedente de contacto con caso confirmado o sospechoso en animales o con productos de origen animal contaminados.

Caso confirmado de carbunco

Todo caso probable que es confirmado por uno o varios de los siguientes elementos:

- Aislamiento de *Bacillus anthracis* de un espécimen clínico (por ejemplo sangre, lesiones, exudados).
- Comprobación de la presencia de *B. anthracis* en un espécimen clínico mediante el examen microscópico de frotis teñidos de líquido vesicular, sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, heces u otro fluido.
- Serología positiva (ELISA, Western Blot, detección de toxinas, ensayo cromatográfico, prueba de anticuerpos fluorescentes).
- PCR (reacción en cadena de polimerasa) para detección de de B. anthracispositiva.

Nota: Tal vez no se detecte *B. anthracis* en los especímenes clínicos si el paciente ha sido tratado con antibióticos.

Caso Sospechoso de Carbunco:

Todo paciente con lesión cutánea con antecedente de contacto directo con animales infectados (vivos, muertos, o sus productos).

- En situación de brote, para el carbunco cutáneo se puede utilizar la definición de caso sospechoso y evaluar si la lesión evoluciona o no a la necrosis.

7.15 PESTE (A20)

Peste Bubónica (A20.0)
Peste Cutánea (A20.1)
Peste Neumónica (A20.2)
Meningitis por peste (A20.3)
Peste Septicémica (A20.7)
Otras formas de peste (A20.8)

Infección zoonótica bacteriana aguda que afecta principalmente a los roedores, quienes pueden transmitirla a otros mamíferos y accidentalmente al ser humano. Su agente causal es la bacteria *Yersinia pestis*, un cocobacilo gram-negativo transmitido por la picadura de pulgas infectadas, siendo Xenopsylla cheopis la especie de pulga que actúa generalmente como vector principal. Menos frecuentemente puede penetrar en el organismo por contacto directo con tejidos o fluidos de un animal (o una persona) infectado de peste. Otro método posible de transmisión, en las formas neumónicas de la enfermedad, es por inhalación de gotitas respiratorias expelidas por una persona o animal infectado (sobre todo gatos) al toser.

Caso Sospechoso de Peste:

Paciente con antecedentes epidemiológicos consistentes de:

- Exposición a humanos o animales infectados, y/o
- Evidencia de picaduras de pulgas, y/o
- Residencia o viaje a un área endémica conocida, dentro de los 10 días previos.

Y presentación clínica compatible, y con las siguientes definiciones de casos

a) **Peste Bubónica**
Paciente con cuadro de inicio brusco con manifestaciones de fiebre elevada (39 a 40 °C), escalofríos, cefalea, dolores generalizados y malestar general y aparición simultánea de tumefacción dolorosa de ganglios linfáticos relacionados con el sitio de la picadura de la pulga. Las localizaciones más frecuentes son: inguinal, crural o femoral axilar, cervical, postauricular, poplítea y epitroclear. En los casos sin tratamiento oportuno pueden presentarse bacteriemia y diseminación al bazo, hígado, pulmones y al sistema nervioso central.

b) **Peste Septicémica**
Todo paciente con bacteriemia y sepsis secundaria al desarrollo de la forma Bubónica con compromiso mayor del estado general además

de ocasionar toxemia, hemorragias de la piel y deshidratación; o primariamente sin el desarrollo de linfaadenomegalias de la forma bubónica. En un brote de peste, todo paciente febril debe ser tratado como caso, porque puede progresar muy rápidamente a la muerte.

c) **Peste neumónica**
Paciente que desarrolla en forma brusca fiebre alta, tos, expectoración purulenta, dolor torácico y a menudo, hemoptisis. Tiene una alta letalidad y la muerte se produce entre 2 y 3 días después de iniciada. Además es altamente contagiosa y se clasifica en:

- **Peste neumónica secundaria.** La infección llega a los pulmones por diseminación hematógena de la *Yersinia pestis* desde el bubón. Es ocasionada por un retraso en el diagnóstico o por un inadecuado tratamiento de la peste bubónica o septicémica primaria.
- **Peste neumónica primaria.** Se adquiere por vía aérea a partir de un enfermo con peste neumónica. Este tipo de peste puede producir brotes localizados o epidemias devastadoras.

d) **Peste cutánea o carbón pestoso.**
Paciente con presencia de nódulos negruzcos de aproximadamente 2 cm de diámetro que producen un dolor discreto.

e) **Meningitis por Peste**
Paciente con peste bubónica en tratamiento que aproximadamente una semana después persiste cuadro de fiebre, cefalea, y desarrolla meningismo y pleocitosis del LCR con polimorfonucleares (PMN) pudiéndose hallar por tinción Gram al germen en el LCR. Puede desarrollarse como infección primaria de las meninges sin linfadenitis previa

f) **Otras formas de Peste: Peste tonsilar o amigdaliana.**
Paciente con hipertrofia de amígdalas que pueden llegar alcanzar el tamaño de una nuez bajo el cuadro clínico de una amigdalitis aguda asociado a adenomegalias localizadas, y que puede estar asociado a la inhalación o ingesta de Yersinia Pestis.

Caso Probable de Peste:

Dependerá en qué área se presente el caso sospechoso, si se presenta:

En área potencialmente nueva o reemergente:

Un caso probable es un paciente que cumple la definición de casos

sospechoso y al menos 2 de las siguientes pruebas positivas:

- Microscopía: muestra de bubón, sangre o esputo que contiene cocobacilos Gram-negativos, bipolares después de tinción Wayson o Giemsa.
- Antígeno F1 detectado en aspirado de bubón, sangre o esputo.
- Una serología anti-F1 única, sin evidencia de infección o inmunización previa con Y. pestis.
- Detección de Y. pestis por PCR en aspirado de bubón, sangre o esputo.

En área endémica conocida:

- Un caso probable es un paciente que cumple la definición de casos sospechoso y al menos 1 de las pruebas positivas mencionadas en el acápite anterior.

Caso Confirmado:

Paciente que cumple la definición de caso sospechoso más:

- Un aislamiento de una muestra clínica única identificada como Y. pestis (morfología de colonia y 2 de las 4 siguientes pruebas positivas: lisis por bacteriófago de cultivos a 20–25 °C y 37 °C; detección de antígeno; PCR; perfil bioquímico de Y. pestis); o
- Una elevación en 4 títulos de Anticuerpos anti-F1 en muestras de suero pareadas; o
- En áreas endémicas donde no pueda ser realizada otra prueba confirmatoria, una prueba rápida positiva usando una prueba inmunocromatografica para detectar antígeno F1.

Contacto: Toda persona que ha visitado y/o permanecido en la casa del enfermo un período de 07 días antes y 14 días después de la fecha de inicio de la enfermedad del primer y último caso de esa vivienda. También debe considerarse como contacto a toda persona que asistió al velatorio de un fallecido por peste, atendido el caso y al personal de salud que ingresa a una localidad con casos actuales.

Contacto cercano: Toda persona que está a menos de los 2 m de distancia de un paciente con peste neumónica.

SOCIAL DE SALUD BIBLIOTECA GENERAL DIRECCIÓN

7.16 LEPTOSPIROSIS (A27)

Caso Probable

Paciente con cuadro febril agudo (menor o igual a 7 días) caracterizado por cefalea, mialgias, especialmente en pantorrillas y región lumbar y/o artralgias, que puede o no estar acompañada de inyección conjuntival y en algunos casos con ictericia o evidencia de sangrado o anuria/oliguria y/o proteinuria con antecedentes de:

- Exposición a fuentes de agua, aniegos u otras colecciones hídricas potencialmente contaminadas, como canales de regadío (acequias), pozas, charcos, lagos, ríos.
- Exposición a desagües, letrinas o manejo de aguas residuales contaminadas con orina de roedores y otros animales.
- Actividades con riesgo ocupacional, como agricultores, ganaderos, recolectores de basura, limpiadores de acequias, trabajadores de agua y desagüe, gasfiteros, médicos veterinarios, técnicos agropecuarios que administran tratamiento a los animales, entre otros.
- Actividades recreativas y deportes de aventura que tienen relación con fuentes de agua potencialmente contaminadas (ríos, cochas, acequias, lagunas y otros).

Caso Confirmado:

Todo caso probable de Leptospirosis es confirmado por criterios de laboratorio en el siguiente orden de prioridad:

- Aislamiento de la bacteria a partir de sangre, orina, L.C.R. o tejidos.
- Detección de ADN Leptospira por la Reacción de Cadena de la Polimerasa (PCR) a partir de sangre, orina, L.C.R. o tejidos.
- Seroconversión en dos muestras pareadas de suero de 4 ó más veces de título de anticuerpos por la prueba de Microaglutinación (MAT), siendo necesario 2 a 3 muestras, con intervalos de 15 días. Sin embargo cuando no sea disponible más de una muestra, un título igual o superior a 1:800 en la Región de la Selva del Perú, podría estar confirmando el diagnóstico. Títulos menores (1:100 a 1:400) confirma el diagnóstico en zonas costeras y en la sierra del Perú. Si el paciente tiene menos de 7 días de enfermedad y presenta títulos bajos necesariamente se deberá tomar una segunda muestra.
- Aumento significativo de 50% de la titulación de anticuerpos en dos muestras pareadas por la prueba de ELISA IgM.
- La confirmación serológica está dada por la prueba de Microaglutinación (MAT). Cualquier resultado positivo mediante otra técnica diagnóstica serológica (ELISA, DIPSTICK, IFI, HA) debe ser confirmada por esta prueba.

7.17 ENFERMEDAD DEL VIRUS EBOLA

Enfermedad vírica aguda grave que se caracteriza por la aparición de fiebre, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos de hemorragias internas y externas. El periodo de incubación oscila entre 2 y 21 días.

Caso Sospechoso

Paciente con síntomas compatibles y factores de riesgo que cumplen con los siguientes criterios:

- Criterio clínico: fiebre de más de 38.6°C y síntomas adicionales como dolor muscular, vómito, diarrea, dolor abdominal o hemorragia de causa no determinada.
- Criterio epidemiológico: factores de riesgo de exposición dentro de las últimas 3 semanas antes del inicio de los síntomas, como el contacto con la sangre u otros fluidos corporales de un paciente de quien se conoce o se sospecha que tiene EVE; residencia o antecedente de viaje a un área con transmisión activa de EVE; o la manipulación directa de los murciélagos, roedores o primates procedentes de zonas endémicas.

Caso confirmado

Un caso sospechoso, con evidencia de diagnóstico confirmado por laboratorios para infección por el Virus Ébola.

7.18 DENGUE (A97)

Dengue Sin Señales de Alarma (A97.0)
Dengue Con Señales de Alarma (A97.1)
Dengue Grave (A97.2)

Caso sospechoso de Dengue

Toda persona con fiebre reciente de hasta 7 días de evolución que estuvo dentro de los últimos 14 días en área con transmisión de dengue.

Caso probable de Dengue

a). **Caso probable de dengue (sin señales de alarma)**
Todo caso sospechoso que no tiene ninguna señal de alarma y que por lo menos dos de las siguientes manifestaciones:

- Artralgias
- Mialgias
- Cefalea
- Dolor ocular o retro-ocular
- Dolor lumbar
- Erupción cutánea (Rash)

b). **Caso probable de dengue con señal(es) de alarma**
Todo caso sospechoso o probable de dengue (sin señales de alarma) que presenta una o más de las siguientes señales de alarma:

- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Dolor torácico o disnea
- Derrame seroso al examen clínico (a)
- Vómitos persistentes
- Disminución brusca de temperatura o hipotermia
- Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)
- Decaimiento excesivo o lipotimia
- Estado mental alterado (Somnolencia o inquietud o irritabilidad o convulsión).
- Hepatomegalia o ictericia.
- Disminución de plaquetas o incremento de hematocrito
- Ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico según evaluación clínica.

c). **Caso probable de dengue grave**

Todo caso sospechoso de dengue o todo caso probable de dengue con o sin señal(es) de alarma, y que además, presenta por lo menos uno de los siguientes hallazgos:

- Signo o signos de choque hipovolémico (b)
- Derrame seroso por estudio de imágenes
- Sangrado grave, según criterio clínico
- Escala de Glasgow < 13

Detectado por: presión arterial disminuida para la edad, diferencial de la presión arterial < 20 mmHg, pulso rápido y débil (pulso filiforme), frialdad de extremidades o cianosis, llenado capilar > 2 segundos.

Caso confirmado de Dengue

a) **Caso confirmado de dengue por laboratorio**

Todo caso probable de dengue que tenga resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas:

- Aislamiento de virus dengue
- RT-PCR
- Antígeno NS1.
- Detección de anticuerpos IgM para dengue en una sola muestra
- Evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas (C)

En casos de reinfección, cuando hay un resultado inicial y posterior de IgM negativo, se podrá confirmar el caso por la elevación del título de anticuerpos de IgG (muestras pareadas).

b) **Caso confirmado de dengue por nexo epidemiológico (d)**

Todo caso probable de dengue con o sin señales de alarma de quien no se dispone de un resultado de laboratorio y que tiene nexo epidemiológico. Cuando no hay brote o epidemia de dengue, los casos probables deberán tener prueba específica de laboratorio que confirme o descarte el caso.

Esta definición no se aplica para los casos probables de dengue grave, los cuales requieren necesariamente de prueba específica de laboratorio para su confirmación o descarte.

Caso descartado de dengue por laboratorio

- Resultado Negativo de IgM e IgG, en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días.
- Resultado Negativo IgM e IgG, en muestras pareadas, la segunda muestra tomada con un tiempo de enfermedad mayor a 10 días.

NOTA.- Las pruebas negativas de RT-PCR, aislamiento viral o NS1, no descartan el caso o la enfermedad.

7.19 TIFUS EXANTEMÁTICO (A75)

Caso probable
Todo paciente con cuadro febril de inicio agudo, con cefalea y/o dolores osteomusculares generalizados y erupción macular violáceo predominantemente en tronco; excepto en zonas expuestas (cara, palma de manos y planta de los pies), puede haber presencia de piojos.

Caso confirmado
Todo caso probable en el que se demuestra la presencia de *Rickettsia prowazekii*, se detecta por la prueba de fijación de complemento, IFA o ELISA.

7.20 MALARIA (B50-B52)

Malaria por P. falciparum (B50 – B50.0)
Malaria por P. vivax (B51 – B51.0)
Malaria por P. malariae (B52 – B52.0 – B52.8 – B52.9)

Caso Probable de Malaria
Toda persona con fiebre, escalofríos y malestar general, con antecedentes de exposición, procedencia (ó residencia) en áreas endémicas de transmisión de la malaria.

Caso Confirmado de malaria
Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito Plasmodium por gota gruesa o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio.

Caso Confirmado de Malaria Complicada
Todo caso confirmado que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma: Deterioro del estado de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada (ó asociada) de tipo renal, cardiovascular, hepática, pulmonar que requiere inmediata hospitalización y tratamiento especializado.

Muerte por Malaria Confirmada
Muerte de un paciente con síntomas y/o signos de Malaria complicada y confirmada por laboratorio.

Fracaso Terapéutico de la Malaria
Paciente con diagnóstico confirmado de malaria, no complicada, sin síntomas que indiquen otra enfermedad concomitante, quien ya ha ingerido la dosis

correcta de antimaláricos, pero presenta deterioro clínico o recurrencia de los síntomas dentro de los 14 días siguientes desde el inicio el tratamiento, en combinación con el hallazgo de parasitemia (formas asexuadas).

La ficha clínico-epidemiológica debe ser usada sólo para malaria por *P. falciparum*, en situación de brotes y en malaria complicada.

7.21 ENFERMEDAD DE CARRIÓN (A44)

- Enfermedad de Carrión aguda (A44.0)
- Enfermedad de Carrión eruptiva (A41.1)

Casos probables de Bartonelosis

- **Caso probable de la Enfermedad de Carrión aguda o anémica:** Toda persona con fiebre, anemia severa e ictericia, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.
- **Caso probable de la Enfermedad de Carrión crónica o eruptiva:** Toda persona con presencia de verrugas rojizas y/o nódulos subdérmicos, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.
- **Caso probable de la Enfermedad de Carrión grave-complicada:** Toda persona con fiebre, anemia e ictericia, con una o más complicaciones de tipo neurológico, hepático y pulmonar, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.

Casos confirmados de la Enfermedad de Carrión

- **Caso confirmado de bartonelosis aguda anémica:** Toda persona con fiebre, anemia e ictericia residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión con resultado positivo a Bartonela baciliformis por examen de frotis o hemocultivo.
- **Caso confirmado de la Enfermedad de Carrión crónica eruptiva:** Toda persona con presencia de verrugas rojizas y sangrantes de tamaño diverso y/o nodulares subdérmicas, residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión, con resultado positivo a Bartonella bacilliformis por examen de frotis o hemocultivo.
- **Caso confirmado de la Enfermedad de Carrión grave-complicada:** Toda persona con fiebre, anemia e ictericia, residente o procedente de

zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión, con una o más complicaciones de tipo neurológico, hepático o pulmonar con resultado positivo a exámenes de laboratorio.

7.22 LEISHMANIASIS

- Leishmaniasis cutánea (B51.1)
- Leishmaniasis mucocutánea (B55.2)

Caso sospechoso de leishmaniasis cutánea

Toda persona con una lesión de úlcera cutánea única o múltiple, procedente o residente- en una zona endémica de leishmaniosis.

Caso probable de leishmaniasis cutánea

Toda persona procedente -o residente- en una zona endémica de leishmaniasis con cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas que se inician en forma de nódulos (pruriginosos o no) con progresión a lesiones ulcerativas o ulcerocostrosas, poco profundas, de aspecto redondeado, no dolorosas, de bordes bien definidos y signos inflamatorios; con tiempo de evolución no menor de 4 semanas y con falta de respuesta al tratamiento convencional.

Caso compatible de leishmaniosis cutánea

Toda persona notificada como caso probable de leishmaniosis cutánea que se pierda al seguimiento por cualquier causa y no se logre obtener una muestra de frotis y/o biopsia, para realizar los exámenes parasitológicos, o no se logre realizar las pruebas serológicas.

Caso descartado de leishmaniosis cutánea

a) Toda persona con resultado negativo a uno o más exámenes parasitológicos y/o a dos pruebas serológicas (IFI e intradermorreacción).

b) Cuando las lesiones son producidas por otras causas.

Caso sospechoso de leishmaniosis mucocutánea

Toda persona con una o varias lesiones mucosas en la nariz, boca, faringe, laringe o tráquea, procedente -o residente- en zonas endémicas de leishmaniosis.

Caso probable de leishmaniosis mucocutánea

Toda persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea. Los sujetos afectados manifiestan antecedentes de lesiones cutáneas activas o cicatrices y proceden -o residen- en zonas endémicas de leishmaniosis espúndica de la Selva Alta o Baja.

Caso compatible de leishmaniosis mucocutánea

Toda persona notificada como caso probable de leishmaniosis mucocutánea que se pierda a la investigación por cualquier causa y de quien no se logre obtener una muestra de frotis y/o biopsia, para realizar los exámenes parasitológicos o no se logre realizar las pruebas serológicas.

Caso confirmado de leishmaniosis mucocutánea

Todo caso probable que sometido a un examen parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo demuestre resultado positivo para Leishmania.

Caso descartado de leishmaniosis mucocutánea

a) Toda persona con resultado negativo a uno o más exámenes parasitológicos y a dos pruebas serológicas (IFI e intradermoreacción).

b) Cuando las lesiones son producidas por otras causas, como: paracoccidiomicosis, sífilis y neoplasias.

7.23 ENFERMEDAD DE CHAGAS O TRIPANOSOMIASIS AMERICANA

Enfermedad de Chagas agudo

Caso probable de Chagas Agudo

Caso con fiebre como síntoma principal, sin otra explicación y tenga al menos uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Adenomegalia,
- 7.25Hepatomegalia,
- Esplenomegalia,
- Chagoma (inflamación en el sitio de la infección) hasta 8 semanas de duración.
- Exantema,
- Malestar general,
- Meningoencefalitis,
- Signo de Romaña,

- Chagoma hematógeno (tumoración plana única o múltiple),
- Miocardiopatía,
- Miocarditis o
- Lesiones en la piel.

Además, uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

- Procede o vive en área con infestación por triatominos,
- Caso sin chagoma de inoculación o signo de Romaña con antecedente de haber recibido sangre o hemoderivados en los últimos 2 meses de un donante infectado por Trypanosoma cruzi, confirmado por dos exámenes serológicos diferentes en cualquiera de las situaciones siguientes:
- Segundo examen de la muestra original (muestra usada para el tamizaje).
- Nueva muestra del donante obtenida durante la investigación o tenga
- Antecedente de diagnóstico de Enfermedad de Chagas.
- Antecedente de haber sido trasplantado en los últimos 3 meses de un donante infectado por T. cruzi confirmado por laboratorio como en el caso de la transmisión transfusional.
- Compromiso inmunológico (paciente con SIDA, tratamiento con corticoides, etc.).

Caso confirmado de Chagas Agudo:

Hallazgo del parásito por examen directo de sangre fresca, frotis, gota gruesa, xenodiagnóstico, hemocultivo o microhematocrito) y/o Técnicas moleculares (Reacción en cadena de la polimerasa).

Enfermedad de Chagas congénita

Caso probable de Chagas Congénita
Menor hasta 1 año de edad, hijo de madre seropositiva (reactiva a dos pruebas serológicas diferentes contra anticuerpos específicos de *Trypanosoma Cruzi*).

Caso confirmado de Chagas Congénita
Caso probable de Enfermedad de Chagas congénita sin antecedentes de exposición al vector, transfusión sanguínea o trasplante de órgano con:

- Demostración de Trypanosoma cruzi por exámenes parasitológicos.
- Presencia de anticuerpos específicos de origen no materno (IgM) detectados a los 9 y 12 meses después del nacimiento.

(†) Para detectar los casos de Chagas congénito en fase aguda mediante vigilancia enestablecimientos centinela.

Enfermedad de Chagas Crónico

Caso probable de Chagas Crónico:
Caso reactivo a una prueba de tamizaje con o sin signos o síntomas compatibles con Enfermedad de Chagas en etapa crónica.

Caso confirmado de Chagas Crónico:
Caso probable de Enfermedad de Chagas crónico, confirmado por cualquiera de los siguientes métodos:

- Otra prueba serológica diferente o de diferente principio al que se usó en el tamizaje,
- Xenodiagnóstico o
- PCR.

(‡) Esta definición es únicamente para vigilar los donantes y las gestantes.

7.24 FIEBRE CHIKINGUNYA (A92.0/A92.5)

Caso Sospechoso (*):
Toda persona con fiebre de inicio brusco > 38.5° y artralgia o artritis, no explicada clínicamente por otra condición médica, que reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas que pueden presentar, al menos, una de las siguientes manifestaciones clínicas:

- Mialgias
- Rash
- Dolor retro-orbital
- Cefalea
- Náuseas- Vómitos

(*) **NOTA:** en todos los casos se debe realizar el diagnóstico diferencias con dengue, otros arbovirus, malaria, enfermedades exantemáticas o enfermedad reumatológica

Caso Probable (**): Todo caso sospechoso de Fiebre Chikungunya, al que se haya detectado anticuerpos IgM específicos contra CHIKV en una solo muestra durante la fase aguda o convaleciente

Caso Confirmado (**): Todo caso probable de Fiebre chikungunya, que tenga, al menos una de las siguientes pruebas confirmatorias de laboratorio:

- Detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR)

- Aislamiento del virus en tiempo real (CHIKV)
- Seroconversión IgM o IgG (aumento de títulos en cuatro veces) en sueros pareados tomados entre dos momentos entre la primera y la segunda muestra (**)

(**) **NOTA**: En el caso que la primera muestra sea Negativa, la segunda muestra debe ser tomada ente los 14 a 30 días del inicio de los síntomas.

Caso Descartado (***): Todo caso probable que cumpla con al menos uno de los siguientes criterios:

- Resultado de negativo de IgM en la segunda muestra tomada después de los 14 días del inicio de los síntomas, o
- Que tenga otra condición médica como Dengue u otras arbovirosis o malaria o enfermedades exantemáticas o enfermedad reumatológica.

(***) **NOTA:** El resultado negativo de una sola prueba de IgM, aislamiento y el RT-PSR no descarta el caso.

Caso Sospechoso De Fiebre Chikungunya Grave
Caso que, además de presentar fiebre de inicio brusco >38.5° y artralgia severa o artritis, no explicada clínicamente por otra condición médica, requiere el mantenimiento de al menos una función de vital o presenta compromiso de uno o más órganos (miocarditis, encefalitis, nefropatía, hepatitis o falla respiratoria).

Caso Probable de Fiebre Chikungunya Grave
Todo caso sospechoso de la fiebre de Chikungunya grave, al que se haya detectado anticuerpos IgM específicos contra CHKV en una sola muestra durante la fase aguda o convaleciente.

Caso Confirmado de Fiebre Chikungunya Grave
Todo caso probable de la Fiebre chikungunya grave que cumple con los mismos criterios de caso confirmado de fiebre chikungunya

Caso Descartado de Fiebre Chikungunya Grave:
Todo caso de la fiebre Chikungunya grave que cumpla con los mismos criterios de caso descartado de la fiebre Chikungunya

7.25 FIEBRE POR VIRUS ZIKA

Caso Sospechoso

Paciente que reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta exantema o elevación de la temperatura corporal axilar (> 37.2°C) y uno o más de los siguientes síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):

- Artralgias o mialgias
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival
- Cefalea o malestar general

Caso Confirmado

Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas para la detección especifica de virus Zika:

- Detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR)
- Aislamiento del virus en tiempo real (Zika)
- Seroconversión IgM o IgG en sueros pareados tomados entre dos momentos entre la primera y la segunda muestra

7.26 MENINGITIS MENINGOCÓCICA

Caso Probable

Todo caso con aparición súbita de fiebre (>38,5 °C rectal o >38,0 °C axilar) y uno o más de los siguientes síntomas y signos:

1. Rigidez del cuello.
2. Alteración de la conciencia.
3. Otro signo meníngeo o erupción cutánea petequial o purpúrica.

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de la fontanela.

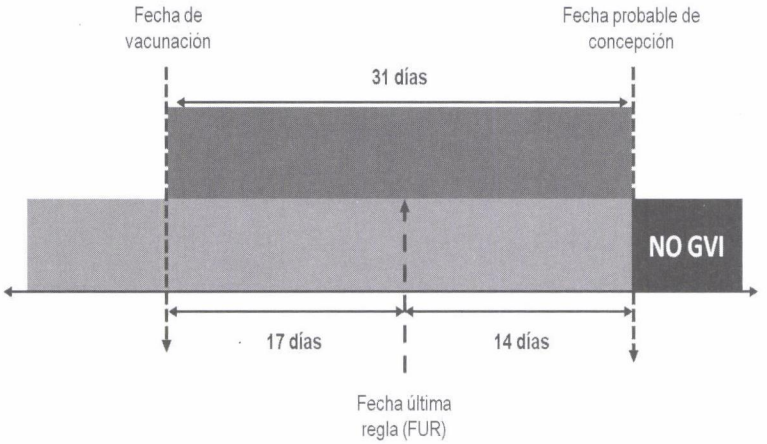
Caso Confirmado

Caso probable con detección de antígenos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o cultivo positivo a Neisseria meningitidis o nexo epidemiológico a un caso confirmado durante una epidemia.

7.27 GESTANTE VACUNADA INADVERTIDAMENTE (GVI)

Definición de caso de Gestante con Vacunación Inadvertida contra la Rubéola (GVI):

Toda gestante que haya sido vacunada contra rubéola en cualquier momento del embarazo. Siendo más específico, es toda aquella gestante en la que exista el riesgo de que el virus vacunal circulante de la rubéola (periodo de viremia) tenga contacto con su hijo por nacer, a partir del momento de la concepción. Por ello se deberá considerar como GVI a toda gestante en quien haya transcurrido menos de 17 días entre la aplicación de la vacuna y la fecha de última regla, en ese orden (menos de 31 días entre la fecha de vacunación y la fecha probable de concepción).



Definición de caso con vacunación inadvertida contra la rubéola:
Considerar la siguiente regla para determinar si se trata o no de una GVI:
F.U.R. - Fecha vacunación ≥ 17 días → No GVI
F.U.R. - Fecha vacunación < 17 días → GVI
Ejemplos:
F.U.R.Fecha vacunación
15/10/2006 - 01/10/2006 = 14 días → GVI
18/10/2006 - 01/10/2006 = 17 días → No GVI
25/09/2006 - 01/10/2006 = - 6 días → GVI

7.28 EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDO A VACUNACION O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

Definición de Caso de ESAVI Severo:

Todo evento severo supuestamente atribuido a una determinada vacuna, que requiere hospitalización, que ponga en riesgo la vida de la persona, que cause discapacidad, que conlleve al fallecimiento o que esté vinculada a un grupo de eventos que sobrepasan la tasa esperada.

Clasificación de Casos de ESAVI Severo:

a) **Evento coincidente.** Cuando el evento definitivamente no está relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología).
b) **Evento relacionado con la vacuna.**
   - Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas (error programático).
   - Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna.
c) **Evento no concluyente** cuando la evidencia disponible no permite determinar la etiología del evento.

7.29 CÓLERA (A00)

Caso Sospechoso de Cólera:

Persona de cualquier edad que presenta un cuadro de diarreas acuosas de aparición brusca que lleva rápidamente a la deshidratación.
Esta definición tiene mayor utilidad durante un brote o epidemia con el fin de captar precozmente los casos.

Caso Probable de Cólera:

a) Persona de cualquier edad que presenta bruscamente un cuadro clínico de diarrea acuosa con o sin vómitos, con deshidratación severa o shock, y sin presencia de fiebre o
b) Persona de cualquier edad que muere por un cuadro de enfermedad diarreica aguda acuosa.

Esta definición tiene mayor utilidad en ausencia de actividad epidémica o cuando la incidencia es baja, cada caso debe ser investigado.

Caso Confirmado de Cólera

- Caso sospechoso o probable con aislamiento por coprocultivo de Vibrio Cholerae O1 u O139 u otro método de diagnóstico (PCR, etc).

- Todo caso probable en una localidad donde se han confirmado casos de cólera en las últimas 2 semanas.
- Todo caso probable durante un brote epidémico donde se han confirmado el Vibrio Cholerae O1 u O139 en los nuevos casos.
- Todo caso probable contacto familiar de un caso confirmado.

Caso Compatible de Cólera:

Cualquier caso clasificado como sospechoso o probable que no puede ser confirmado o descartado en un lapso de 30 días posteriores a la clasificación inicial.

Caso de Portador Asintomático de Vibrio Cholerae:

Toda persona en quien se ha aislado V. Cholerae O1 y O139, sin evidencia de cuadro clínico.

Caso Descartado de Cólera:

Todo caso sospechoso o probable sin aislamiento por coprocultivo de V. Cholerae o confirmación de otro método y sin nexo epidemiológico.

7.30 INFLUENZA AH1N1

Caso probable de Influenza

Todo paciente con fiebre de inicio súbito ≥ 39 °C y mialgias, fatiga, postración, síntomas del tracto respiratorio alto: tos congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta, acompañada de algunos otros síntomas sistémicos como dolor de cabeza, malestar, escalofríos; de intensidad moderada a severa.

Caso confirmado de influenza A(H1N1)

Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con el virus *influenza A (H1N1)* en un laboratorio de referencia nacional, por una o más de las siguientes pruebas:

- RT-PCR. (Reacción en cadena de la polimerasa en transcripción reversa) en tiempo real.
- Cultivo viral.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con historia de aparición súbita de fiebre superior a 38 °C, que además presenta:

- Tos o dolor de garganta
- Dificultad para respirar
- Que, por el compromiso de su estado general, debería ser hospitalizado.

Conglomerado de infección respiratoria aguda grave (conglomerado de IRAG):

Un conglomerado de IRAG, se define como dos o más personas detectadas con inicio de enfermedad dentro de un periodo de 14 días, en el mismo lugar (Institución, barrio, vivienda, etc.) que:

- Presentan manifestaciones de infección respiratoria aguda grave, o
- Murieron de una enfermedad respiratoria inexplicada.

Infección respiratoria aguda grave inusitada (inusual, atípica o rara) IRAG inusitada:

Se considera caso de IRAG inusitada a:

- Caso de IRAG en trabajador de salud con antecedente de contacto con personas con IRAG.
- Caso de IRAG en personas previamente sanas de entre 5 y 60 años de edad.
- Caso de IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza de toda cepa con potencial pandémico.
- Caso de IRAG de causa inexplicable en personas que trabajan con aves u otros animales.
- Muerte por IRAG de causa desconocida.

***Nexo Epidemiológico:** Antecedente de situación de riesgo de contagio: por contacto caso confirmado de infección con el virus Influenza A(H1N1) durante su periodo de transmisibilidad, o de haber estado en zona de transmisión comprobada.

7.31 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, NEUMONÍAS Y SOB/ASMA (ANEXO 3)

Definición en menores de 5 años

Infecciones Respiratorias agudas de vías respiratorias altas (también denominadas "IRAS no Neumonías") (J00.X – J06.9)

Todo niño menor de 5 años que presente tos acompañado de fiebre o rinorrea y que tiene una duración menor de 15 días, pero que no presenta dificultad

respiratoria ni señales de alarma.

Neumonía (J12.0 – J18.9)

Todo niño que además de presentar tos, fiebre o rinorrea, presenta respiración rápida y/o dificultad respiratoria. En los establecimientos de salud de mayor complejidad además de los signos clínicos, el diagnóstico puede ser confirmado o descartado por evidencia radiológica de un infiltrado pulmonar agudo compatible con neumonía.

Neumonía grave

Todo episodio de neumonía, que además presente algún signo de alarma o alguna complicación.
En menores de 2 meses se considerará caso grave, todo caso de neumonía.

Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB)

Se utiliza esta definición en niños menores de 2 años que presenta sibilancias o tos persistente, con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, que traduce una disminución de la luz bronquial.

Asma bronquial

Todo niño mayor de 2 años y menor de 5 años, que cursa con episodios de obstrucción bronquial, caracterizado por presentar sibilancias o tos persistente, con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, reversibles espontáneamente o con tratamiento.

Definición en de neumonía en mayores de 5 años

Neumonía

Todo paciente con diagnóstico clínico y/o radiológico de neumonía adquirida en la comunidad, con un tiempo de enfermedad menor de 15 días.

Definición de Hospitalización por neumonía:

Todo caso de cualquier edad, internado con diagnóstico de neumonía, neumonía grave o Infección respiratoria aguda grave, con permanencia igual o mayor a 24 horas.

Defunción intrahospitalaria

Todo caso de neumonía o infección respiratoria aguda grave, adquirida en la comunidad, que fallece en un establecimiento de salud, después de

permanecer internado 24 horas o más.
El diagnóstico de fallecimiento se deberá constatar con la Historia clínica y/o con el certificado de defunción.

Defunción Extra-hospitalaria

Todo caso de neumonía o Infección respiratoria aguda grave, adquirida en la comunidad que fallece en el domicilio, comunidad o en el establecimiento de salud con menos de 24 horas de internamiento, con diagnóstico de neumonía Adquirida en la comunidad o infección respiratoria aguda grave. El diagnóstico de fallecimiento se deberá constatar con el certificado de defunción
En menores de 2 meses, la notificación no incluye a las enfermedades respiratorias en el periodo peri natal, con diagnóstico: dificultad respiratoria del recién nacido, neumonías congénitas, neumonías por síndrome de aspiración neonatal.

7.32 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (A02.0-A09.X) (ANEXO 04)

Enfermedad Diarreica aguda Acuosa

Todo paciente que presenta aumento en frecuencia (3 o más veces en 24 horas), fluidez y/o volumen de las deposiciones en comparación a lo habitual, con pérdida variable de agua y electrolitos y cuya duración es menor de 14 días.

Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica
Todo paciente que presenta aumento en frecuencia y fluidez de las deposiciones, de volumen escaso o moderado y que además evidencia en las heces sangre visible y moco.

Hospitalización por EDA:

Paciente internado con diagnóstico de Enfermedad diarreica aguda, con permanencia igual o mayor a 24 horas.
En la clasificación se debe especificar si se trata de una EDA Acuosa o Disentérica según la definición

Defunciones por EDA:

Caso que fallece a causa de diarrea o cualquier gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso o no y, que puede o no contar con identificación del agente etiológico.
En la clasificación se debe especificar si se trata de una EDA Acuosa o Disentérica según la definición.

7.33 FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)

Caso Probable

Todo paciente con un síndrome febril inespecífico con más de siete días de evolución, caracterizado por cefalalgia, anorexia, bradicardia relativa, estreñimiento más comúnmente que diarreas (en los adultos) y saneamiento ambiental o hábitos alimentarios de riesgo con o sin resultado de aglutinación positiva.

Caso Confirmado

Todo caso en que se cumpla con los atributos de presuntivo y se aísla Salmonella typhi en hemocultivo, urocultivo, coprocultivo o mielocultivo.

7.34 BRUCELOSIS (A23.0-A23.9)

Caso Probable

Paciente con cuadro de comienzo agudo o insidioso, caracterizado por fiebre ondulante, de duración variable, transpiración profusa en particular durante la noche, anorexia, fatiga, pérdida de peso, artralgia que en ocasiones puede presentar complicaciones osteoarticular y/o orquiepididimitis y que se recoja el antecedente de ser un trabajador pecuario o tener hábitos alimentarios de consumo de derivados de productos lácteos sin pasteurizar y procedentes de zonas endémicas.

Caso Confirmado

Paciente que cumpla con los atributos de presuntivo y se confirme mediante aislamiento de la Brucella en hemocultivo o mielocultivo específico; o ELISA (IgA, IgM, IgG), prueba de 2 mercaptoetanol.

7.35 BOTULISMO (A05)

Botulismo transmitido por alimentos

Caso sospechoso de Botulismo transmitido por alimentos:
Todo paciente afebril que de forma aguda presenta parálisis flácida simétrica descendente sin nivel sensitivo con antecedente de ingesta de alimentos en mal estado de conservación. Puede estar asociado a diplopía, visión borrosa y parestesias.

Caso confirmado de Botulismo transmitido por alimentos:
Todo caso sospechoso con detección de toxina botulínica en el suero, heces o comida ingerida por el paciente.

Botulismo infantil

Caso sospechoso de botulismo infantil:
Niño menor de un año, con estreñimiento, inapetencia y dificultad para deglutir que progresa con debilidad, dificultad para la respiración y muerte.
Caso confirmado de botulismo infantil:
Caso sospechoso con confirmación de laboratorio que ocurre en un menor de un año.

Laboratorio:
Detección de toxina botulínica en el suero y heces y/o · Aislamiento de *Clostridium botulinum* de las heces que ocurre en un niño menor de un año.

Botulismo por heridas

Caso confirmado de Botulismo por heridas:
Caso clínicamente compatible con confirmación de laboratorio en un paciente que no tiene exposición sospechosa a alimentos contaminados y que dos semanas antes del inicio de los síntomas presentó una herida reciente y contaminada de dos semanas desaparición.

Laboratorio:
Detección de toxina botulínica en el suero, Aislamiento de Clostridium botulinum de las heridas.

7.36 HEPATITIS C (B17.1)

Caso Confirmado
Paciente de cualquier edad de inicio insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vómito, que evoluciona hacia la ictericia con menor frecuencia que en la hepatitis B. Se transmite por vía parenteral y con antecedentes de factores de riesgo como son: donantes de sangre, hemofílicos, drogadictos parenterales, pacientes hemodializados, y al que se le detecta anticuerpo de la hepatitis C.

7.37 SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA (P35.0)

Caso probable de Rubeola Congénita

Se considera como caso probable de SRC a todo niño menor de un año de edad el cual cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Se detecte al examen físico uno o más de los siguientes: cataratas/ glaucoma congénito, cardiopatía congénita, deficiencia auditiva, hepatoesplenomegalia, retinopatía pigmentaria, microcefalia, microftalmia, púrpura, trombocitopenia, radio-transparencia ósea, 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 del SRC.

Caso confirmado de Rubeola Congénita

Caso probable de SRC confirmado por laboratorio (ELISA IgM para rubéola).

Caso compatible de Rubeola Congénita

Es un caso probable de SRC, pero para el cual no hay confirmación ni descarte por laboratorio.

Infección por rubéola congénita (IRC)

Esta designación se usa para infantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de IRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera, mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados auditivos. Por ello, estos casos deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo.

Caso descartado

Un caso probable de SRC puede ser descartado si una muestra adecuada de suero ha resultado negativa para anticuerpos IgM específicos de rubéola. Los niños menores de 1 mes necesitarán dos muestras negativas (la primera al primer contacto y la segunda al mes de edad). En los mayores de 1 mes sólo se necesitará una muestra negativa.

7.38 SÍFILIS CONGÉNITA (A50.0-A50.9)

Definición de caso Sospechoso

Los neonatos deben ser tratados como caso presuntivo de sífilis congénita cuando nacieron de madres con cualquiera de los criterios siguientes:

- Tenían sífilis no tratadas al momento del parto.
- Tuvieron evidencia serológica de recaída o reinfección después del tratamiento.(Aumento de 2 o más diluciones en los títulos de anticuerpos no treponémicos).
- Se trataron con eritromicina u otro régimen diferente a la penicilina.
- No tenían evidencia de tratamiento para la sífilis.
- Se trataron adecuadamente para sífilis reciente durante el embarazo, pero los títulos no disminuyeron mínimo dos diluciones.
- Se trataron adecuadamente antes del embarazo, pero tuvieron seguimiento serológico insuficiente que asegurará una buena respuesta al tratamiento.
- Todo niño con prueba reagínica positiva.
- Niños hasta los 12 años; con signos clínicos de sífilis secundaria sin antecedentes de abuso sexual o contacto sexual.

Definición de Caso Confirmado

- Todo neonato cuya madre tuvo durante la gestación sífilis no tratada o inadecuadamente tratada, aún en ausencia de síntomas, signos o resultados de laboratorio.
- Todo niño con prueba confirmatoria TPHA (de no contar con prueba confirmatoria se usará el RPR) y alguna de las siguientes condiciones:
- Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico (hepatomegalia, esplenomegalia, pénfigo cutáneo, rinitis serosanguinolenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia).
- Evidencia radiográfica de sífilis congénita.
- Alteraciones de LCR (VDRL reactivo, pleocitosis o proteinoraquia).
- Elevación de títulos reagínicos en relación a los anteriores.
- Anticuerpos Ig M con Treponema Pallidum.
- Todo niño con presencia de T. Pallidum en lesiones o placenta, cordón umbilical o necropsia, determinada con TPHA.
- Todo niño con prueba positiva luego del sexto mes de edad, excepto en el niño en seguimiento post terapéutico o de sífilis adquirida.
- Niños hasta los catorce años con signos o síntomas de sífilis secundaria son antecedente de abuso sexual, o contacto sexual.
- Todo caso de muerte fetal ocurrida luego de la semana 20 de gestación o con peso mayor de 500 gr cuya madre con sífilis no fue tratada o fue inadecuadamente tratada.

Definición de Caso Descartado

- Todo caso en que es descartada la infección materna por seguridad a prueba confirmatoria TPHA.
- Niño con sífilis adquirida que sea demostrada por investigación.

7.39 OFIDISMO (W59)

Definición de Caso Probable de Ofidismo: Toda persona mordida por una serpiente en áreas donde existen especies venenosas.

Definición de Caso Confirmado de Ofidismo

Caso probable en el que se comprueba mordedura por serpiente del género Bothrops, Crotalus, Lachesis o Micrurus, y se instala un cuadro de descontaminación hemodinámica y síntomas neurológicos o de dermonecrosis

7.40 LOXOCELISMO (X21)

Condición dada por la mordedura del arácnido del género Loxosceles, cuyo veneno tiene acción proteolítica necrosante, hemolítica y procoagulante. El cuadro clínico se caracteriza por presentar dos formas de manifestación, una cutánea y localizada Loxoscelismo cutáneo) y otra generalizada (Loxoscelismo cutáneo víscero – hemolítico o sistémico).

Definición de Loxocelismo cutáneo

Paciente con cuadro de inicio súbito con sensación de lancetazo en el momento de la mordedura, sobreviniendo un dolor que a veces puede ser intenso, acompañado de prurito local o generalizado, intranquilidad, insomnio etc. Después de 30 a 60 minutos se observa una zona eritematosa, produciéndose edema leve a moderado. Hay malestar general con fiebre que desaparece en 24 a 48 horas. Se puede presentar una zona pálida con zonas violáceas equimóticas de bordes irregulares. Al cabo de 2 días o más aparecen flíctenas con contenido sero-sanguinolento que posteriormente se reabsorbe dejando una costra negra (escara), que puede infectarse y dejar una lesión ulcerada que demora semanas o meses en cicatrizar.

Definición de Loxocelismo cutáneo-visceral

Paciente con cuadro que se caracteriza por manifestaciones de loxoscelismo cutáneo seguidas precozmente de malestar general, anemia, náuseas, vómitos, cefalea, hipertermia, sudoración profusa, ictericia y compromiso del

sistema nervioso central. Antes que la lesión cutánea alcance su completa evolución puede producirse la muerte dentro de las 48 a 96 horas por complicaciones debidas a insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica, trastornos hidroelectrolíticos y sepsis. La intensidad de este cuadro está supeditada a una serie de factores que juegan un rol importante como: la edad de la persona, estado de salud previo al accidente, factores genéticos, así como la presencia de lesiones cutáneas en el tórax y abdomen y cantidad de veneno inoculado.
La letalidad depende del diagnóstico precoz, del manejo adecuado y de las complicaciones.

Esta condición se puede confundir con infecciones de la piel que producen celulitis y linfangitis (estafilococosis, estreptococosis) carbunco cutáneo, vasculitis, y traumas o golpes.

7.41 SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL (A64X6/R36.X)

Definición de Caso Sospechoso

Todo varón o mujer con presencia de secreción o fluido a través de la uretra acompañada de disuria o sin ella. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa; a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.su etiología es diversa, pero los agentes causales de este síndrome a menudo son *Neisseria gonorrhoeae (uretritis Gonococica)* y *Chlamydia trachomatis;* otros agentes infecciosos que también pueden causar secreción uretral son: *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma* spp.y mas raramemente *Trichomonas vaginalis.*

7.42 SINDROME DE ÚLCERA GENITAL NO VESICULAR (A64X4/HOMBRES: N48.5; MUJERES N76.6)

Definición de caso Sospechoso

Todo varón o mujer con pérdida de solución de continuidad de la piel o mucosa de los genitales o de aéreas adyacentes: Úlcera en el pene, escroto o recto en los hombres; en las mujeres, úlcera en los labios de la vulva, la vagina o el recto, ambas asociada o no con adenopatía inguinal. Su etiología suele ser: Herpes genital (*VHS*) sífilis (*Treponema palidum*), Chancroide (*Haemophilus ducreyi); y otras causas menos frecuentes son: L*infogranuloma venéreo (*Clamydia trachomatis*), granuloma inguinal o Donovanosis (Calmymmatobacterium granulomatosis) o casos atípicos de herpes genital.

7.43 SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL VESICULAR (A64X4/A60)

Definición de caso Sospechoso

Todo varón o mujer con vesículas genitales o anales en hombres o mujeres. (Normalmente la causa de este síndrome es la infección por virus del herpes simple.)

7.44 SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (A64X9/N76.0-N76.1)

Definición de Caso Sospechoso

Toda mujer con aumento de la cantidad de flujo vaginal con cambio de color, cambio de olor y cambio de consistencia asociado a prurito e irritación vulvar y disuria. Las principales causas consideradas son:

1) Vaginosis bacteriana por Gradnerella vaginales asociada con agentes anaerobios como bacteroides, peptoestreptococos, peptococos, enterobacterias, además de Mobiluncus curtissic, M. hominis y Ureoplasma urealyticum).

2) Trichomonas vaginalis (es sexualmente transmitida).

7.45 SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (A64X5/R10.3)

Definición de caso Sospechoso

Toda mujer con dolor abdominal bajo asociada de la flujo vaginal, y/o fiebre, y/o dolor a la movilización del cérvix que representa a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Su etiología incluye a N. Gonorrhoeae, C. trachomatis, bacterias aneorobias, microorganismos de la flora vaginal como Bacteroides spp y Streptococo agalactiae. También incluye bacilos gramnegativos facultativos, Mycoplasma hominis y Ureoplasma urealyticum.

7.46 SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL (A64X1)

Definición de caso Sospechoso

Todo varón o mujer con crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal, acompañado de cambios inflamatorios de la piel subyacente. Su etiología está dada principalmente por: Linfogranuloma venéreo y el Chancroide. Además de Tuberculosis o Peste.

7.47 SÍFILIS (A51.0-A53.9)

Caso Probable

Todo varón o mujer con conducta sexual de riesgo, que presente una lesión primaria (chancro) en los genitales en forma de una úlcera indolora e indurada con exudado seroso, con antecedente de contacto sexual sin protección tres semanas antes. Las manifestaciones secundarias más frecuente son erupción maculopapular simétrica que abarca las palmas de las manos y las plantas de los pies y su linfadenopatías acompañantes.

Caso Confirmado

Todo caso que cumpla con los atributos de probable y que en la serológica de VDRL o Reagina Rápida de Plasma (RPR) o FTA-ABs o el estudio de la lesión en campo oscuro sea positivo.

7.48 INFECCIÓN GONOCÓCICA (BLENORRAGIA O GONORREA A54.0-A54.9)

Caso Probable

a) Todo varón que luego de 2 a 15 días de una relación sexual no protegida, presente secreción uretral espontánea con o sin disuria, escalofríos y sensación de alza térmica.
b) Toda mujer que presente secreción vaginal abundante purulenta o presente al examen del especulo, secreción purulenta del cérvix, 2 a 15 días después de relación sexual con varón no protegido o promiscuo.
c) Toda persona que presente secreción purulenta por región anal, abundante con sensación de pujo y tenesmo rectal, luego de una relación sexual génito-anal sin protección.
d) Toda persona que después de practicar sexo oral sin protección, presente en los siguientes 2 a 10 días, disfagia, sensación de alza térmica y placas purulentas en los pilares anteriores y posteriores de la orofaringe, sin sangrado al retirar las placas purulentas.

Caso Confirmado

a) Presencia de diplococos Gram Negativos intraleucocitario en secreción uretral, hisopado faríngeo, cervical o rectal.
b) Cultivo positivo de Neisseria gonorreae en el medio de Tayer-Martin.

7.49 OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR CLAMIDIAS (A56.0-A56.8)

Infección genital del hombre y/o mujer por transmisión sexual, que puede ser sintomática o no. Cuando es sintomática, se caracteriza por uretritis en los varones y vulvovaginitis en las mujeres.

Caso Probable

a) Varón que presenta secreción uretral mucopurulenta generalmente escasa, prurito y disuria, 7 a 14 días después de relaciones sexuales no protegidas.
b) Mujer que presenta secreción endocervical mucopurulenta mayormente con edema, eritema y hemorragia endocervical luego de 7 a 14 días de haber tenido relaciones sexuales no protegida.
c) Toda persona que presente proctitis después de relaciones sexuales anales cuyo cuadro clínico no remite a pesar del tratamiento antigonocócico.

En los casos presuntivos se debe descartar la presencia de gonococo.

Caso Confirmado

Presencia de Chlamydia Trachomatis en frotis de secreción uretral, vaginal o rectal

a) Cultivo positivo de Chlamydia Trachomatis.
b) Inmunoflorescencia positiva para Chlamydia Trachomatis

Con frecuencia se encuentra asociada a gonorrea, en cuyo caso se reporta como infección gonocócica.

7.50 TRICHOMONIASIS UROGENITAL (A59.0 – A59.9)

Enfermedad de transmisión sexual que afecta a ambos sexos causada por Trichonoma Vaginalis, caracterizada por vaginitis, uretritis o cistitis, frecuentemente asintomática.

Caso Probable

a) Mujer que luego de relaciones sexuales sin protección, presenta vaginitis a menudo con pequeñas
b) Petequias, lesiones hemorrágicas puntiformes de "color de fresa" y una secreción profusa, acuosa, espumosa y verde amarillenta de olor fétido.

c) Hombre que presente signos clínicos o subclinicos de prostatitis, uretritis o seminitis, luego de relación sexual sin protección, con pareja que presenta la característica de Tricomoniasis.

Caso Confirmado

a) Identificación del protozoario Trichomona Vaginalis, en fortis de secreción uretral, cervical o vaginal
b) Cultivo positivo de Trichomona Vaginalis

La infección suele coexistir con gonorrea, en cuyo caso se reporta como infección gonocócica

7.51 HTLV -1 (B33.3)

El virus linfotrópico T humano tipo I (HTLV-I) es un retrovirus que ocasiona numerosos trastornos clínicos, incluso en pacientes que no reúnen criterios de mielopatia o linfoma. Los síntomas neurológicos, urológicos y las enfermedades de la piel y mucosa oral son algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes.

Casos sospechosos

Paciente con antecedente de una transfusión sanguínea o de procedimientos quirúrgicos o dentales, y con indicadores de una conducta sexual riesgosa, como un inicio temprano de la vida sexual y un alto número total de parejas; y que lleguen a desarrollar los siguientes cuadros clínicos:
Leucemia/linfoma de celular T del adulto (LLTA):cuyas características clínicas son:

- Linfoma Non-Hodgkin
- Linfadenopatia
- Lesiones de piel 40-50%: maculas, placas, nódulos, ulceraciones
- Hepatoesplenomegalia
- Lesiones líticas de huesos
- Células pleomorficas en sangre
- Hipercalcemia

Habiendo hasta cuatro formas clínicas bien definidas:

- Leucemia subaguda de curso progresivo con presencia de células pleomórficas de estirpe T madura, con hipercalcemia, organomegalia y lesiones cutáneas
- Linfoma: de curso agresivo pero sin evidencia de cuadro leucémico.
- Crónica, caracterizada por lesiones cutáneas y linfocitosis T. Suele mantenerse estable durante meses o años.

- Smoldering latente asintomática o con algunas manifestaciones cutáneas y/o pulmonares.

7.52 DERMATITIS INFECTIVA (DI)

Es una manifestación temprana de infección por HTLVI en niños cuya forma de transmisión más importante es la vertical a través de la lactancia materna cuando se prolonga más de 6 meses, con riesgo de transmisión de 18-39%;la morbilidad está dada por infecciones bacterianas y parasitarias, anemia severa, linfocitosis

7.53 SARNA NORUEGA, COSTROSA O HIPERQUERATOSICA

La infestación masiva de la piel por Sarcoptesscabiei variedad hominis evidenciándose hiperqueratosis en áreas de presión como codos, rodillas, plantas, palmas, nalgas, en áreas interdigitales, subungueales ó en forma diseminada desde cuero cabelludo encontrándose numerosos huevos y formas adultas de Sarcoptes Scabie. Los mecanismos que usualmente causarían el purito en pacientes inmunocompetentes con escabiosis común fallan en lo inmunodeprimidos o aquellos con infección por HTLV-I lo que explicaría la escasez de sintomatología y la replicación masiva del parásito

7.54 PARAPARESIA ESPÁSTICA

Caracterizada por ser una enfermedad desmielinizante que afecta la medula espinal y la sustancia blanca del SNC, produciendo un síndrome Pareto espástico de extremidades inferiores, además de compromiso autonómico.

Caso Confirmado:

Todo caso sospechoso con confirmación serológica a través de:

- ELISA HTLV-1
- Inmunoensayo en línea o Wetern Blot
- PCR
- Determinacion de la carga proviral

7.55 DIABETES MELLITUS

Caso Sospechoso

- Paciente con síntomas de hiperglicemia: polidipsia, poliuria, polifagia
- Pacientes asintomáticos sometidos a pruebas de tamizaje teniendo en consideración lo siguiente:

- Adultos con sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 25 Kg/m2) o Perímetro abdominal según criterios de IDF
- Individuos con antecedentes familiares
- HTA ≥ 140/80 mmHg
- Historia de Macrosomia o Diabetes Gestacional
- Diagnóstico previo de Sd de Ovario Poliquistico
- Daño cardiovascular, cerebrovascular o vascular periférico definido
- HDL menor de 35mg/dL, o Trigliceridos mayores de 150 mg/dL
- A todas las mujeres embarazadas a quienes se les indique una prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa en el primer control pre natal, y que con resultados negativo se les deba repetir entre la semana 24 – 28.

Caso Definitivo

- Glucosa en ayunas ≥ 126mg/dL (ayuno de por lo menos 8 hras) en dos determinaciones
- Glucosa en plasma a las 2 hras mayor o igual a 200 mg/dL durante una prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa(con sobrecarga oral de 75mg de glucosa anhidra disuelta en agua)
- En un paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicemicas: glucemia mayor o igual a 200mg/dL en cualquier momento del día
- HbA1C ≥ 6.5%

7.56 DIABETES GESTACIONAL [024.x]

Es la hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo y puede desaparecer al término éste o persistir como intolerancia a la glucosa o Diabetes.

Caso Sospechoso:

- Toda gestante con síntomas de hiperglicemia polidipsia, poliuria, polifagia.
- Gestante asintomática con los siguientes factores de riesgo.
- HTA ≥ 140/80 mmHg
- Historia de Macrosomia o Diabetes Gestacional previa
- Diagnóstico previo de Sd de Ovario Poliquìstico.
- Daño cardiovascular, cerebrovascular o vascular periférico definido
- A todas las mujeres embarazadas a quienes se les indique una prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa en el primer control pre natal, y que con resultados negativo se les deba repetir entre la semana 24 – 28.

Caso Definitivo

- Se definen según las recomendaciones de International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG): tolerancia oral a la glucosa con 75g. Será diagnóstico de Diabetes gestacional cualquiera de los siguientes valores ≥ 92 mg/dl en ayunas, o ≥ 180 mg/dl a la hora o ≥ 153 mg/dl a las dos horas (o su equivalente en milimoles por litro: ayunas: ≥5,1 mmol/L, o 1 hora ≥10,0 mmol/L o 2 horas ≥8.5 mmol/L) de glucosa plasmática

- También según el Consenso del National Institute of Health (NIH):se recomienda sobrecarga con 50 g de glucosa, midiendo la glucemia plasmatica una hora después (1.er paso). Si el valor es ≥ 140 mg/dl, se realiza test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 100g (2.º paso) El diagnóstico de Diabetes Gestacional se establece si la glucemia plasmática a las tres horas es ≥ 140 mg/dl.

- En un paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicemicas: glucemia mayor o igual a 200mg/dL en cualquier momento del día

7.57 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Caso sospechoso.- Se sospecha en todo paciente:

- Con niveles de Presión arterial sistólica y diastólica elevada
- Presión de pulso en ancianos (PA sistólica – PA diastólica > 50 o 55 mmHg)
- Edad (varones > 55 años, mujeres > 65 años)
- Tabaquismo
- Dislipidemia:
- Colesterol Total > 190mg/dL
- LDLc > 115mg/dL
- HDLc Hombres < 40mg/dL y mujeres < 48mg/dL
- Triglicéridos > 150mg/dL
- Glucosa en ayunas > 100 – 125mg/dL
- Test Tolerancia a Glucosa patológico
- Obesidad abdominal (Circunferencia Abdominal > 90cm en hombres y > 80cm en mujeres)
- Enfermedad CV prematura familiar (hombres < 55años y mujeres < 65años)
- Diagnósticos de DM: Glucosa en ayunas ≥ 126mg/dL en medidas repetidas o Glucosa post prandial ≥ 200mg/dL
- Con daño Subclínico a Órganos:

- Hipertrofia ventricular izquierda (EKG: Sokolow Lyon: R en V5 – V6 + S en V1 – V2) > 38mm
- Niveles elevados de creatinina (Hombres > 1.3 – 1.5mg/dL y Mujeres > 1.2 – 1.4mg/dL)
- Disminuciòn de tasa de filtración glomerular
- Microalbuminuria (tira reactiva positiva)

- Con enfermedad cardiovascular o renal establecida:
  - Enfermedad cerebrovascular isquémica, isquémica transitoria o hemorrágica
  - Enfermedad cardiaca: infarto de miocardio, angina, revascularización miocárdica y falla cardiaca
  - Enfermedad renal:nefropatía, insuficiencia renal, proteinuria (Tasa de Proteina total/creatinina > 300mg/dL en varones y 200mg/mujeres)
  - Enfermedad arterial periférica
  - Retinopatia avanzada: hemorragias o exudados, papiledema
  - Síndrome Metabólico

Caso Confirmado

Paciente sospechosos con al menos dos determinaciones de la presión arterial por consulta médica (inicio y término de la consulta) y mediante control ambulatorio de PA por personal de enfermería al menos por 10 registros en un periodo no mayor de 2 semanas con esfingomanómetros aneroides calibrados contra el mercurio cada 6 meses en el uso hospitalario y 12 meses en el uso general.

7.58 ASMA

Caso Sospechoso

Todo paciente de cualquier edad con historia de:

- Tos que empeora en la noche
- Sibilancias recurrentes
- Dificultad respiratoria recurrente
- Opresión de pecho recurrente
- Tos nocturna durante los períodos agudos sin virosis asociada
- Ausencia de sibilancias que varían con estaciones.
- Los pacientes pueden asociar eczema, fiebre de heno,
- Antecedentes heredofamiliares
- Enfermedad atópica.

Síntomas que ocurren o empeoran con la presencia de:

- Animales con pelos
- Sustancias químicas en aerosol
- Cambios de temperatura
- Ácaros en el polvo casero
- Medicamentos (aspirina, beta-bloqueadores)
- Ejercicio
- Pólenes
- Infecciones Respiratorias (virales)
- Fumado
- Estados emocionales muy marcados

Caso Confirmado

Es aquel caso sospechoso en que se evidencia al realizar la pruebas de función pulmonar, las cuales nos provee información adecuada sobre la severidad, reversibilidad y variabilidad de la limitación al flujo del aire, siendo la espirometria al método de preferencia en las siguientes condiciones:

- Al menos una vez durante el proceso de diagnóstico cuando FEV1 es bajo, documenta que el índice VEF1/FVC es reducida. La FEV1/ FVC normalmente mayor de 0.75 – 0.80 en adultos, y mayor de 0.90 en niños.
- Un aumento de más ≥ 12% en el FEV1 y ≥ 200ml (en niños >12% del valor predicho) luego de la administración de un broncodilatador indica reversibilidad a la limitación al flujo del aire, lo cual correlaciona con asma. (Sin embargo, muchos de los pacientes asmáticos pueden no mostrar reversibilidad en cada valoración, por lo que se recomienda efectuarlas en varias ocasiones).
- Una variación diurna del PEF > 10% (en niños >13%) .
- Un aumento de más ≥ 12% en el FEV1 y ≥ 200ml de la línea de base (en niños >12% del valor predicho) después de 4 semanas de tratamiento inflamatorio (fuera de infecciones respiratorias).

7.59 ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN (I20.0-I25.9)

Caso Probable

Todo paciente con dolor torácico referido como molestia retroesternal con calidad típica provocado por el ejercicio o estrés emocional de duración variable que no mejora con el reposo, y que cuente con factores de riesgo: HTA, DM2, tabaquismo, Hipercolesterolemia. Historia previa de cardiopatía isquémica, o que cuente con factores precipitantes como arritmias, anemia

grave, hipertiroidismo o hipotiroidismo.

Caso Confirmado

Todo caso probable de enfermedad isquémica con evidencia de cambios en el EKG y/o elevación de enzimas cardiacas:

Cambios en el EKG:

- Inversión simétrica de la onda T (≥ 0.2mV) con el dolor (isquemia subepicárdica).
- Ondas T altas, picudas y simétricas (isquemia subendocárdica)
- Seudonormalización de la onda T: onda T positiva o plana durante el dolor, mientras que fuera de la crisis es negativa y simétrica.
- Cambios transitorios del segmento ST (≥ 0.05mV)
- Infradesnivelación del segmento ST ≥ 1mm (≥ 0.1 mV) con la concavidad dirigida hacia la línea de base (lesión subendocárdica)
- Supradesnivelación del segmento ST ≥ 1mm (≥ 0.1 mV) con la concavidad dirigida hacia la línea de base (lesión subepicárdica), normalizándose al terminar la crisis de dolor, típica de la angina variante o de Prinzmetal.
- Aparición de onda Q de más de 40 mseg (> 0.04s) de duración y con una amplitud> 25% de la onda R subsiguiente (necrosis).

Cambios en las Enzimas miocárdicas:

- Creatincinasa (CPK): Elevación a las 6 hras del comienzo de la clínica, siendo más específica el subtipo CPK-MB que debe ser al menos igual o superior al 5% del total de la cifra de CPK en plasma.
- Troponinas cardiacas: Elevación de enzimas cardiacas después de las 6 hras del inicio del episodio, manteniéndose elevadas durante más de 7 días (Troponina I) y hasta 10 – 14 dias (Troponina T)

Configurándose las siguientes situaciones:

a) **Angor-Estable**: Dolor-opresión torácica, relacionada con esfuerzo y/o emociones y calma con el reposo o la administración de nitratos - con prueba de esfuerzo positiva.

b) **Angor Inestable:** Dolor torácico en reposo o post infarto, de inicio reciente progresivo, de más de 20 min de evolución. Sin elevación de enzimas, con cambios electrocardiográficos de isquemia o lesión pero reversibles.

c) **Infarto de Miocardio:** Dolor torácico prolongado, con cambios electrocardiográficos de tipo lesión (onda Q) y sobre todo con aumento de enzimas.

7.60 ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR AGUDA (I60.0-I67.9)

Caso Probable:

Toda paciente aparición repentina de un déficit neurológico encefálico focal no convulsivo que cuente con factores de riesgo: HTA, DM2, tabaquismo, dislipidemia, historia previa de cardiopatía isquémica, o que cuente con factores precipitantes como arrtimias, anemia grave, enfermedad cerebrovascular previo, uso de anticoagulantes, claudicación intermitente.

Caso Confirmado

Todo caso probable con estudio de Tomografía Axial Computarizada o Tomografía Helicoidal Multicorte con evidencia de aumento de la densidad del parénquima cerebral (Hemorragia Cerebral) o con evidencia de imágenes hipodensas después de 24 hras de iniciado el evento (Infarto Cerebral) o Resonancia Magnética (RM) con lesiones hipodensa o hiperdensas en el Tallo cerebral.

7.61 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (N18.0-N18.9)

Todo paciente mayor de 55 años, con historia familiar de ERC, con reducción de la masa renal, bajo peso al nacer, con algunos factores de inicio (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedades autoinmunes, Infecciones sistémicas, Infecciones del Tracto Urinario, Litiasis renal, Uropatia Obstructiva, Nefrotoxicidad por drogas, Enfermedades hereditarias) y/o Factores de progresión: (Proteinuria en nivel altos, Presión arterial elevada, Hiperglicemias elevadas, Tabaquismo), confirmado con:

- Evidencia daño del parénquima renal irreversible de cualquier etiología (con o sin disminución de su función) presente por más de 3 meses y manifestada por cambios en la composición de la sangre u orina como proteinuria o hematuria y alteraciones en las pruebas de imagen como cicatrices o quistes.
- Función renal disminuida, con TFG < 60 mL/min/1.73 m2 presente por ≥ 3 meses, con o sin evidencia de daño renal.
- Los pacientes con TFG ≥ 60 mL/min/1.73 m2 y sin evidencia demarcadores de daño renal (proteinuria / microalbuminuria u otros) no deben ser considerados como portadores de ERC y no requierenser sometidos a investigaciones adicionales.

Estadios de la Enfermedad Renal

Estadio	Descripción	TFG(ml/min/1.73m2)
1	Daño renal con TFG normal o alta	≥ 90
2	Daño renal con disminución leve de la TFG	60 – 89
3A	Disminución moderada de la TFG, bajo riesgo	45 – 59
3B	Disminución moderada de la TFG, alto riesgo	30 – 44
4	Disminución severa de la TFG	15 – 29
5	Falla renal	< 15 (oTRR)

7.62 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Enfermedad con afectación sistémica extrapulmonar caracterizado por la reducción del flujo espiratorio máximo progresivo que no cambia significativamente durante meses o años, asociad a una respuesta inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas o gases nocivos y cuya gravedad dependerán de las exacerbaciones y comorbilidades de cada paciente. Agrupa a tres trastornos: Bronquitis crónica, enfisema pulmonar y enfermedad de las pequeñas vías aéreas.

Se sospecha en toda persona mayor de 40 años con tos crónica, expectoración crónica intermitente o improductiva y disnea que empeora con el esfuerzo con episodios de agudización o exacerbaciones habituales. Además de antecedentes de exposición a factores de riesgo como al humo del tabaco, de combustibles, polvo o sustancias químicas ocupacionales, además de antecedentes familiares de EPOC, y se confirma con presencia a la espirometría de un coeficiente FEV1/FVC < 70% y VEF1 post broncodilatador < 80% del predicho.

7.63 CÁNCER DE ESTÓMAGO (C16.0-C16.9)

Se sospecha en toda persona mayor de 40 años con factores de riesgo, que presenta síntomas dispépticos como epigastralgia recurrente, pirosis, distensión abdominal de más de 15 días de evolución asociado o no a hemorragia digestiva (hematemesis o melena), disfagia, llenura precoz o plenitud gástrica post prandial, disminución ponderal sin causa aparente, anemia de etiología no determinada o compromiso del estado general (astenia, adinamia y anorexia). Además se debe sospechar en toda persona con antecedentes de gastritis crónica y/o úlceras gástrica de larga evolución con demostración de Helicobacter pylori que no respondan a tratamiento con inhibidores de bomba de protones, antiácidos o procinéticos o regímenes higiénico dietéticos

convencionales; así como en pacientes con historia de gastrectomía de hace 15 años o antecedente de Ca gástrico en familiar directo.

La confirmación de da en todo paciente con endoscopia digestiva alta seguida de biopsia gástrica con estudio anatomopatológico compatibles con adenocarcinomas u otros tipos histológicos de Ca Gástrico.

7.64 CÁNCER DE MAMA (C50.0-C50.9)

Mujer mayor de 25 años que presenta tumoración generalmente dura, poco móvil de crecimiento progresivo en las mamas y/o adenopatías regionales o con imagen sospechosa en mamografía y/o ecografía de control, cuyo diagnóstico se confirma por estudio citológico y/o histológico por biopsia o cirugía según calcificación de Scarff-Bloom-Richardson o el sistema de Nottingham

7.65 CÁNCER DEL CUELLO UTERINO (C53.0-C53.9)

Toda mujer mayor de 30 años de edad, con factores de riesgo asociados como flujo vaginal anormal sanguinolento o no, sangrado vaginal anormal post coital, intermenstrual o después de menopausia, dispareunia o tumoración exofítica sangrante de cuello uterino y/o infiltración de parametrios, con diagnostico confirmado con Papanicolaou de cuello uterino positivo a células neoplásicas según el Sistema Bethesda, o confirmación por colposcopia seguida de biopsia de cuello uterino.

7.66 CÁNCER DE PRÓSTATA (C61.X)

Varón mayor 50 años de edad con signos de prostatismo, hamaturia, nódulo duro palpable en próstata por tacto rectal y/o P.S.A (Prostatic Specific Antigen = Antígeno prostático específico) elevado, confirmado con por cuadro clínico, estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía según criterios de especialidad.

7.67 CANCER DE PULMON:

Todo paciente mayor de 20 años con historia de tos crónica, hemoptisis, baja ponderal, disnea progresiva, fiebre, disfagia, disfonía, astenia, acropaquias o síndrome miasténico de Eaton-Lambert; asociado a presencia de factores de riesgo como consumo de tabaco, contacto con contaminantes ambientales como asbesto o radón, antecedentes patológicos de Tuberculosis pulmonar o

antecedentes familiares; y que cuenten con confirmación histológica de muestra obtenida mediante broncofibroscopía, biopsia bronquial o transbronquial, punción aspiración con aguja fina (PAAF), citología de esputo y de líquido pleural; o TEM Tórax para los casos de Nódulos Pulmonares Solitarios.

7.68 CANCER DE COLON-SIGMOIDES Y RECTO-SIGMOIDES

Todo paciente >40 años con antecedente de cambios en las rutinas intestinales: diarreas o estreñimiento, deposiciones más delgadas, disminución ponderal, sensación de plenitud post prandial, síntomas obstructivos, hematoquecia o tenesmo, anemia microcítica hipocrómomica, test thevenon positivo. Además todo paciente > 40 años con antecedentes patológicos de colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, bacteriemia por Streptococcus bovis, historia personal de cáncer colorrectal, adenomas colorectales, cáncer de mama y del tracto genital, obesidad; así como historia de antecedentes famiiares de poliposis familiar, cáncer colorectal hereditario no asociado a poliposis; que cuente con confirmación mediante colonoscopia o rectosigmoidoscopia seguida de biopsia con estudio anatomopatológico compatibles con adenocarcinomas colorectal u otros tipos histológicos de Ca de Colon (carcinoma escamoso, linfomas, leiomiosarcomas, carcinoide maligno o sarcoma de Kaposi).

7.69 CANCER DE PIEL: CARCINOMAS DE CÉLULAS BASALES

Toda lesión en piel que se origina sobre áreas que están expuestas al sol, especialmente la cabeza y el cuello, que se presentan como áreas plana, firmes, pálidas o amarillas, similares a una cicatriz, o como manchas rojizas elevadas que podrían causar comezón, o protuberancias enrojecidas o rosadas, translúcidas, brillosas y nacaradas que pueden tener áreas de color azul, marrón o negro, o como crecimientos de color rosa con bordes elevados y un área inferior en su centro, que podría contener vasos sanguíneos anormales, o llagas abiertas (que puede tener supuración o áreas costrosas) que no se curan, o que se curan y luego regresan. Los cánceres de células basales a menudo son frágiles y podrían sangrar después del afeitado o de una lesión menor; la mayoría de los cortes al afeitarse sanan dentro de aproximadamente una semana.

La confirmación de se basa en biopsia de piel con estudio anatomopatológico que demuestra la presencia de células cancerosas.

7.70 CANCER DE PIEL: CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Toda lesión en piel que se origina sobre áreas del cuerpo expuestas al sol, tales como la cara, las orejas, el cuello, los labios y el dorso de las manos. Con menor frecuencia, se forman en la piel del área genital. También pueden surgir en cicatrices o llagas de la piel en otras partes del cuerpo. Estos cánceres pueden aparecer como: Manchas rojas que son ásperas o escamosas, y que podrían sangrar o formar costra. Crecimientos o protuberancias elevados, a veces con un área inferior en el centro. Llagas abiertas (que puede tener supuración o áreas costrosas) que no se curan, o que se curan y luego regresan, crecimientos similares a verrugas

La confirmación se base en biopsia de piel con estudio anatomopatológico que demuestra la presencia de células cancerosas.

7.71 CANCER DE PIEL: CÁNCER DE PIEL TIPO MELANOMA

Todo cambio en la piel por primera vez en tamaño y/o apariencia, con síntomas como dolor, comezón, sangrado, entre otros. También está relacionado a un historial de quemaduras y bronceados, antecedentes familiares de cáncer de piel. Puede ser una señal de alarma para el melanoma, si se dibuja una línea sobre un lunar, las dos mitades no coinciden, lo cual quiere decir que son asimétricas.

La confirmación se basa en biopsia de piel con estudio anatomopatológico que demuestra la presencia de células cancerosas.

VIII. ANEXOS

N° 1 : Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias
N° 2 : Eventos de Salud Pública de Notificación Inmediata
N° 3 : Diagnósticos que pueden ser incluidos en la notificación de Infecciones Respiratorias Agudas, neumonías y SOBA (Directiva Sanitaria N° 061-MINSA/DGE v.01)
N° 4 : Diagnósticos que pueden ser incluidos en la notificación de Enfermedades Diarreicas Agudas
N° 5A : Notificación Semanal de Enfermedades de Interés Institucional
N° 5B : Notificación Mensual de Enfermedades de Interés Institucional
N° 6 : Flujograma
N° 7 : Instrumento de Evaluación de la Implementación de la Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias

ANEXO 01
ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA Y PRIORIDADES SANITARIAS

ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA SEGÚN EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

- Viruela
- Poliomielitis por polio salvaje
- Gripe Humana causada por un nuevo subtipo de virus
- Síndrome Respiratorio Agudo Severo

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS:

- Poliomielitis Aguda (Parálisis Fláccida Aguda)
- Tos Ferina o Pertussis
- Difteria
- Tétanos Neonatal
- Sarampión
- Rubéola
- Fiebre Amarilla Selvática
- Tétanos
- Hepatitis B

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES ZOONÓTICAS:

- Rabia Humana Urbana
- Rabia Humana Silvestre
- Carbunco o ántrax
- Peste Bubónica
- Peste Neumónica
- Peste Septicémica
- Peste Cutánea
- Otras formas de peste
- Meningitis por peste
- Leptospirosis
- Fiebre hemorrágica por Ebola
- Hidatidosis

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES:

- Dengue Sin Señales de Alarma
- Dengue Con Señales de Alarma
- Dengue Grave
- Tifus Exantemático

- Malaria por P. Vivax
- Malaria por P. Falciparum
- Malaria por P. Malariae
- Enfermedad de Carrión aguda
- Enfermedad de Carrión eruptiva
- Leishmaniasis cutánea
- Leishmaniasis mucocutánea
- Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana
- Chikungunya
- Zika

OTROS DAÑOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

- Meningitis Meningocócica
- Gestante vacunada inadvertidamente (GVI)
- ESAVI
- Cólera
- Influenza A
- Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías y SOB/ASMA
- Enfermedades Diarreicas Agudas
- Fiebre Tifoidea
- Brucelosis
- Botulismo
- Hepatitis C

VIGILANCIA DE INFECCIONES CONGÉNITAS

- Síndrome de Rubéola Congénita
- Sífilis Congénita

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES PONZOÑOSOS

- Ofidismo
- Loxocelismo

VIGILANCIA DE SÍNDROMES E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Síndrome de Descarga Uretral
- Síndrome de úlcera genital no vesicular
- Síndrome de úlcera genital vesicular
- Sífilis
- Infección gonocócica
- Otras enfermedades de transmisión sexual por clamidias
- Tricomoniasis
- HTLV-1

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Asma
- Enfermedad Isquémica del Corazón
- Enfermedad Cerebrovascular Aguda
- Bronquitis Crónica/EPOC/EPID
- Cáncer: Mama. Cuello Uterino. Prostat. Gástrico – Colon. Pulmón. Melanoma y otros tumores malignos de piel

ANEXO 02

EVENTOS DE SALUD PÚBLICA DE NOTIFICACION INMEDIATA

B03	Viruela
A80.1/A80.2	Poliomielitis por polio virus salvaje
UO4.9	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
A22	Antrax (Carbunco)
A00	Cólera
A97.2	Dengue Grave
A36	Difteria
T88.1	Eventos severos supuestamente atribuidos a la vacunación y/o Inmunización (ESAVI)
A95.0	Fiebre Amarilla Selvática
GVI	Gestante vacunada inadvertidamente
A39.0	Meningitis meningocócica
O95	Muerte Materna
O96	Muerte materna indirecta
O97	Muerte materna incidental
A20.0	Peste bubónica
A20.1	Peste Mucocutánea
A20.2	Peste Neumónica
A20.7	Peste septicémica
A20.8	Otras formas de Peste
A20.8	Peste no especificada
A80.3	Parálisis flácida aguda (PFA)
A82.3	Rabia humana silvestre
A82.1	Rabia humana urbana
B06	Rubeola
B05	Sarampión
A33	Tétanos neo - natal
A75.0	Tifus exantemático
A37	Tos ferina
A92.8	Enfermedad febril por ZIKA
A92.0	Enfermedad febril por Chikungunya

ANEXO 03

Diagnósticos que pueden ser incluidos en la notificación de Infecciones Respiratorias Agudas, neumonías y SOBA (Directiva Sanitaria N° 061-MINSA/DGE v.01)

CIE -10	Descripción de la Enfermedad
	Infecciones respiratorias agudas de vías respiratorias altas
J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
J02.0	Faringitis estretocócica
J02.8	Faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J02.9	Faringitis aguda no especificada
J03.0	Amigdalitis estreptocócica
J03.8	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J03.9	Amigdalitis aguda no especificada
J04.0	Laringitis Aguda
J04.1	Traqueitis aguda
J04.2	Laringotraqueitis aguda
J05.0	Laringitis obstrutiva aguda (crup)
J05.1	Epiglotitis aguda
J06.0	Laringofaringitis aguda
J06.8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores
J06.9	Infeccon aguda de las vías respiratorias superiores no especificada
J10.1	Influenza con otras manifestaciones de las vias respiratorias superiores no especificadas
J11.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
	Neumonia o Neumonia Grave
J12.0	Neumonia debida a adenovirus
J12.1	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
J12.2	Neumonia debida a virus parainfluenza
J12.8	Neumonia debida a otros virus
J12.9	Neumonia viral no especificada
J13	Neumonia debida a Etreptococcus pneumoniae
J14	Neumonía debida a haemophilus influenzae
J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte
J15.2	Neumonía debida a estafilococos
J15.8	Otras neumonmias bacterianas
J15.9	Neumonia bacteriana no especificada
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte
J16.8	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados
J17.0	Neumonía en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte
J17.1	Neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte
J17.2	Neumonia en micosis
J17.3	Nuemonía en enfermedades parasitarias
J17.8	Neumonía en otras enfermedades clasificadas en otra parte
J18.0	Bronconeumonía no especificada
J18.1	Neumonía lobar no especificada
J18.8	Otras neumonías de microorganismos no especificado
J18.9	Neumonía no especificada
J22	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
J10.0	Influenza con neumonía debida a virus de la influenza identificado
J11.0	Influenza con neumonía , virus no identificado
	Sindrome de Obstrucción Bronquial
J21.0	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J21.8	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J21.9	Bronquiolitis aguda no especificada
	Asma
J45.0	Asma predominantemente alergica
J45.1	Asma no alérgica
J45.8	Asma mixta
J45.9	Asma no especificada
J46	Estado asmatico (estatus asmatico/Asma aguda severa)
J44.9	Asma no especificada y SOBA (para ser usado por personal no médico)
J44.8	SOBA (grado de severidad: leve, moderado y severo)

ANEXO 04

Diagnósticos que pueden ser incluidos en la notificación de Enfermedades Diarreicas Agudas

CIE-10	Descripción de enfermedad
A02	Otras infecciones debidas a *Salmonella*
	A02.0 Enteritis debida a Salmonella
	A02.1 Septicemia debida a Salmonella
	A02.2 Infecciones localizadas debidas a Salmonella
	A02.8 Otras infecciones especificadas como debidas a Salmonella
	A02.9 Infeccione debida a Salmonella,no especificada.
A03	Shigelosis
	A03.0 Shigelosis debida a *Shigella dysenteriae*
	A03.1 Shigelosis debida a *Shigella flexneri*
	A03.2 Shigelosis debida a *Shigella boydii*
	A03.3 Shigelosis debida a *Shigella sonnei*
	A03.8 Otras Shigelosis .
	A03.9 Shigelosis de tipo no especificado.
A04	Otras infecciones intestinales bacterianas
	A04.0 Infección debida a *Escherichia coli* enteropatógena
	A04.1 Infección debida a *Escherichia coli* enterotoxígenica
	A04.2 Infección debida a *Escherichia coli* enteroinvasiva
	A04.4 Otras infecciónes intestinales debida a *Escherichia coli* no especificada
	A04.5 Enteritis debida a *Campylobacter*
	A04.6 Enteritis debida a *Yersinia enterocolitica*
	A04.7 Enterocolitis debida a *Clostridium difficile*
	A04.8 Otras Infecciones intestinales bacterianas especificadas
	A049 Diarrea disénterica (Infección intestinal bacteriana, no especificada)
A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas
	A05.0 Intoxicación alimentaria estafilocócica
	A05.1 Botulismo
	A05.2 Intoxicación alimentaria debida a *Clostridium perfringens*
	A05.3 Intoxicación alimentaria debida a *Vibrio parahaemolyticus*
	A05.4 Intoxicación alimentaria debida a *Bacillus cereus*
	A05.8 Otras intoxicación alimentarias bacteriana debidas a bacterias especificadas
	A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana,no especificada.
A06	Amebiasis
	A06.0 Disentería amebiana aguda
	A06.1 Amebiasis intestinal crónica
	A06.2 Colitis amebiana no disentérica
	A06.3 Ameboma intestinal
	A06.4 Absceso amebiano del hígado
	A06.5 Absceso amebiano del pulmón
	A06.6 Amebiasis cutánea
	A06.8 Infeccion amebiana de otras localizaciones
	A06.9 Amebiasis,no especificada.
A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios
	A07.0 Balantidiasis
	A07.1 Giardiasis
	A07.2 Criptosporidiosis
	A07.3 Isosporiasis
	A07.8 Otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios
	A07.9Enfermedad intestinal debida a protozoarios,no especificada.
A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados.
	A08.0 Enteritis debida a rotavirus
	A08.1 Gastroenteropatía aguda debida al agente de Norwalk
	A08.2 Enteritis debida a adenovirus
	A08.3 Otras enteritis virales
	A08.4 Infección intestinal viral,sin otra especificación.
	A08.5 Otras infecciones intestinales especificadas.
A090	Diarrea y gastroeneteritis de posible origen infeccioso

ANEXO 05A

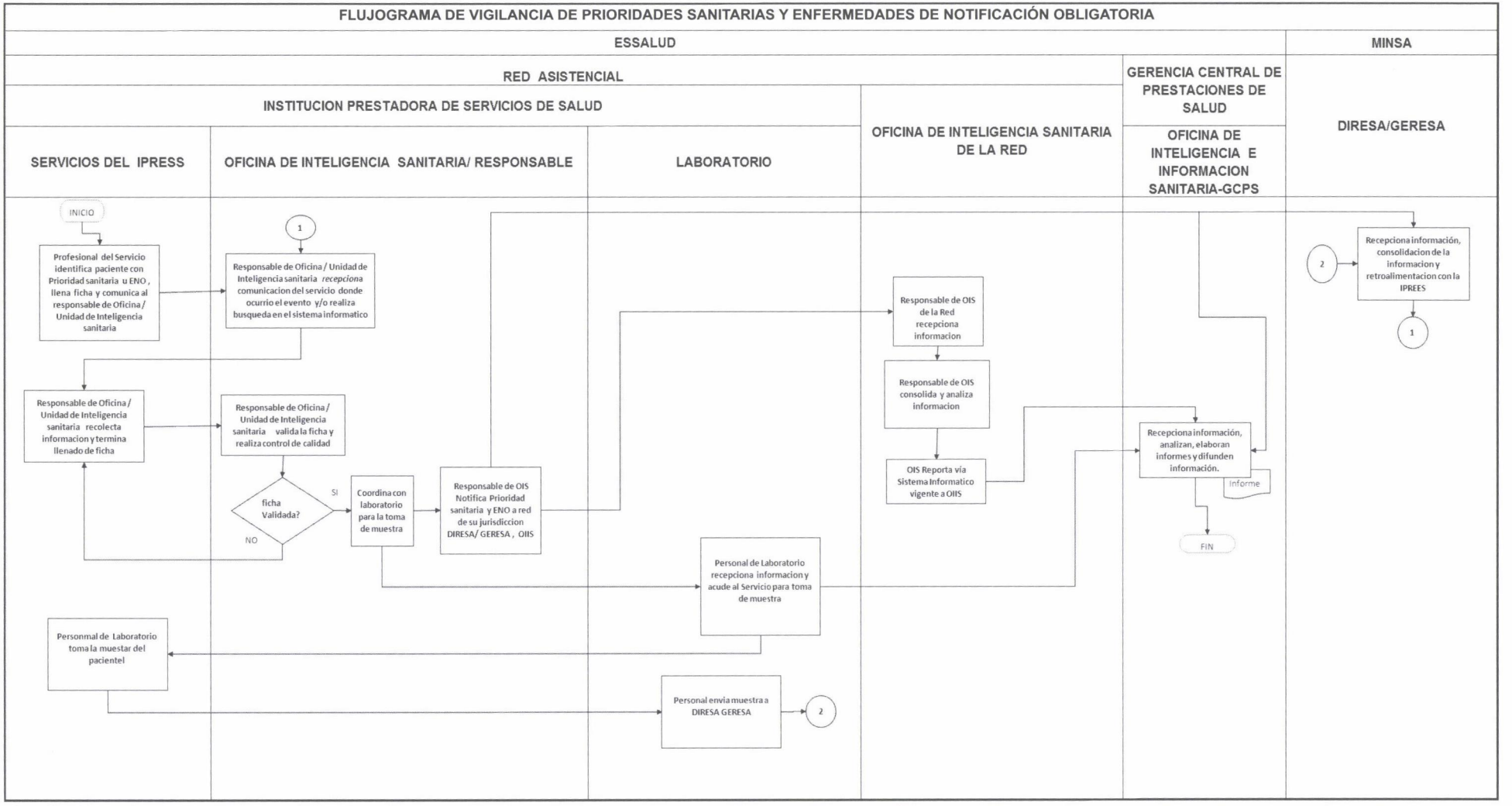
Notificación Semanal de Enfermedades de Interés Institucional

Diagnóstico	CIE-10	TOTAL		Número de Casos Definitivos														SERVICIOS				TIPO DE ASEGURADO					
				Sexo		Grupos de Edad												CE	Hosp	Eme	MAI	Dependientes	Regim. Especial	Pensionistas	Derechohabiente	Terceros	Otros
		P	D	M	F	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40 -49	50-59	60-69	70-79	80 a +	N°	N°	N°	N°						
Enferemedades Sujetas a Vigilancia según el Reglamento Sanitario Internacional																											
Viruela	B03																										
Pilomileitis por Polio Salvaje	A80.1/A80.2																										
Gripe Humana causada por un nuevo subtipo de virus□																											
Síndrome Respiratorio Agudo Severo□	U04.9																										
I. Enfermedades Prevenibles por Vacunación																											
Difteria	A36.0-A36.2; A36.9																										
Parálisis Flácida Aguda	A80.3																										
Sarampión	B05.0 - B05.9																										
Tétanos Neonatal	A33.X																										
Otros Tétanos	A35.X																										
Tos Ferina	A37.0																										
Rubéola	B06.0 - B06.9																										
Hepatitis Viral Aguda Tipo B	B16.0 - B16.9																										
Síndrome de Rubéola Congénita	A50.- A50.9																										
II. Enfermedades Infecciosas Intestinales																											
Fiebre Tifoidea	A01.0																										
Cólera	A00.0 - A00.9																										
Enfermedades Diarreicas Agudas	A02.0 - A09.X																										
III.Enf. Infecciosas del Aparato Respiratorio																											
Infec.Agudas de Vías Respirat. Superiores	J00.X - J06.9																										
Infec.Agudas de Vías Respirat. Inferiores	J20.0 - J22.X																										
Neumonías y Bronconeumonías	J12.0 - J18.9																										
IV. Enfermedades de Transmisión Sexual																											
Síndrome de descarga uretral	R36.X																										
Ulcera genital mujeres	N76.6																										
Ulcera genital varones	N48.5																										
Sífilis	A51.0-A53.9																										
Sífilis Congénita	A50.0- A50.9																										
Infección Gonocócica	A54.0 - A54.9																										
Otra Enfermedades de Transmisión Sexual por Clamidias	A56.0-A56.8																										
Tricomoniasis	A59.0-A59.9																										
Infección anogenital debida a virus del herpes	A60.0-A60.9																										
Otras enfermedades de transmisión predom sexual, no clasificadas en otra parte	A63.0-A63.8																										
V. Enfermedades Transmitidas por Vectores																											
Bartonelosis	A44.0-A44.9																										
Dengue Clásico	A90.X																										
Dengue Hemorrágico	A91.X																										
Leishmaniasis	B55.0 - B55.9																										
Fiebre Amarilla	A95.0 - A95.9																										
Paludismo por *P. falciparum*	B50.0 - B50.9																										
Paludismo por *P. vivax*	B51.0 - B51.9																										
Tifus Exantemático	A75.0																										
Chagas	B57.0 - B57.7																										
VI. Zoonosis																											
Peste	A20.0 - A20.9																										
Rabia Humana	A82.0 - A82.9																										
Brucelosis	A23.0 - A23.9																										
VII. Otras Enfermedades Infecciosas																											
Hepatitis Viral Aguda tipo A	B15.0 - B15.9																										
Hepatitis Viral Tipo C	B17.1																										
Meningitis Meningocócica	A39.0																										

ANEXO 05B:
Notificación Mensual de Enfermedades de Interés Institucional

Diagnóstico	CIE-10	TOTAL		Número de Casos Definitivos														SERVICIOS				TIPO DE ASEGURADO					
				Sexo		Grupos de Edad												CE	Hosp	Eme	MAI	Dependientes	Regim. Especial	Pensionistas	Derecho habiente	Terceros	Otros
		P	D	M	F	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40 -49	50-59	60-69	70-79	80 a +	N°	N°	N°	N°						
VIII. Enfermedades no Infecciosas																											
Bronquitis Crónica	J40.0 - J42.X																										
Asma	J45.0 - J46.X																										
Diabetes Mellitus	E10.0 - E14.9																										
Enfermedad Hipertensiva	I10.X - I15.9																										
Enfermedad Isquémica del Corazón	I20.0 - I25.9																										
Enfermedad Cerebro Vascular Aguda (ACV)	I60.0 - I67.9																										
IX. Tumores																											
Cáncer Estómago	C16.0 - C16.9																										
Cáncer de Mama	C50.0 - C50.9																										
Cáncer de Cuello Uterino	C53.0 - C53.9																										
Cáncer de Próstata	C61.X																										
Cáncer de pulmón	C30.0 - C34.9																										

ANEXO 06:


FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
ESSALUD
MINSA
RED ASISTENCIAL
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRESA/GERESA
SERVICIOS DEL IPRESS
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA/ RESPONSABLE
LABORATORIO
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA DE LA RED
OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACION SANITARIA-GCPS
INICIO
Profesional del Servicio identifica paciente con Prioridad sanitaria u ENO, llena ficha y comunica al responsable de Oficina / Unidad de Inteligencia sanitaria
1
Responsable de Oficina / Unidad de Inteligencia sanitaria recepciona comunicacion del servicio donde ocurrio el evento y/o realiza busqueda en el sistema informatico
Responsable de Oficina / Unidad de Inteligencia sanitaria recolecta informacion y termina llenado de ficha
Responsable de Oficina / Unidad de Inteligencia sanitaria valida la ficha y realiza control de calidad
ficha Validada?
SI
NO
Coordina con laboratorio para la toma de muestra
Responsable de OIS Notifica Prioridad sanitaria y ENO a red de su jurisdiccion DIRESA/ GERESA, OIIS
Responsable de OIS de la Red recepciona informacion
Responsable de OIS consolida y analiza informacion
OIS Reporta vía Sistema Informatico vigente a OIIS
Recepciona información, analizan, elaboran informes y difunden información.
Informe
FIN
Personal de Laboratorio recepciona informacion y acude al Servicio para toma de muestra
Personnal de Laboratorio toma la muestar del pacientel
Personal envia muestra a DIRESA GERESA
2
2
Recepciona información, consolidacion de la informacion y retroalimentacion con la IPREES
1

ANEXO 07

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA Y PRIORIDADES SANITARIAS

Recurso a ser evaluado	Si	No	Documento Sustentatorio
Responsable de la Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias			
Cuenta con equipo de cómputo actualizado y operativo y con acceso a internet para desarrollar la Vigilancia			
Cuenta con equipo de comunicaciones operativo (Teléfono fijo, móvil, correo electrónico)			
Cuentan con la directiva de la Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias			
Aplica el Software WinEpi			
Ha cumplido oportunamente con el reporte de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitaras a la OIIS Sede Central			
Se reportó oportunamente al MINSA			
Se realiza el control de calidad de la información de la Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias			
Elabora informes del comportamiento de la Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias			
Difunde los informes del comportamiento de la Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y Prioridades Sanitarias			
Coordina con los servicios involucrados			
El personal ha recibido capacitaciones			

Elaborado por la OIIS
* Por cada uno de los integrantes

EsSalud

OFICINA DE INTELIGENCIA E
INFORMACIÓN SANITARIA - OIIS

www.essalud.gob.pe