

SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSalud

MANUAL DE VIGILANCIA
DE ENFERMEDADES DE INTERÉS INSTITUCIONAL

GERENCIA CENTRAL DE SALUD
OFICINA DE PROGRAMACIÓN E INFORMACIÓN TÉCNICA

Sub Gerencia de Epidemiología

Enero, 1999

Indice

	Página
Presentación	3
Resolución de GCS N° 001-GCS-IPSS-99	5
Listado de Enfermedades y Eventos de Vigilancia Epidemiológica Obligatoria para los establecimientos asistenciales de EsSalud	7
Definiciones de Caso	11
Ficha de Notificación Semanal de Enfermedades de Interés Institucional e Instructivo	26
Procedimientos para la Identificación del Caso Definitivo o Nuevo al Sistema	30
Anexo: Normatividad previa. Resolución de Gerencia General N° 358-GG-IPSS-97	

Presentación

El Seguro Social de Salud – EsSalud ha puesto en vigencia por resolución de Gerencia Central de Salud No. 001-GCS-IPSS-99 del 13 de enero de 1999, la modificación del Listado de Enfermedades y Eventos de Vigilancia Epidemiológica Obligatoria para los establecimientos asistenciales.

En su elaboración se han tomado en cuenta varios aspectos:

En primer lugar, la caracterización existente de los perfiles epidemiológicos de la demanda en EsSalud y la estratificación de éstos por zonas geográficas, la que ha servido de punto de partida para reelegir aquellas afecciones, que por distintas razones se constituyen en las principales causas de morbi-mortalidad.

En segundo lugar: el aporte de los criterios epidemiológicos para la identificación de aquellas afecciones y eventos de mayor relevancia que serían motivo de inclusión o de exclusión en el listado de vigilancia obligatoria. En este sentido, los criterios definidos fueron:

- § *La **magnitud** del evento o daño. Es decir su frecuencia, expresada a través de sus tasas de incidencia o prevalencia.*
- § *La **gravedad** de la afección. Expresada a través de atributos como letalidad, transmisibilidad y discapacidad.*
- § ***Complejidad**. Si requieren atención especializada o básica. Tema muy relacionado a la Ley de Modernización de la Seguridad Social: capas simple y compleja.*
- § ***Costos de atención: preventivo promocional, recuperativa y rehabilitadora.***

En tercer lugar, los requerimientos de los programas y servicios preventivo promocionales y recuperativos, en cuanto a sus necesidades de evaluación y medición del desempeño e impacto de sus intervenciones en sus estratos de la población asegurada, posibilitaron una aproximación definitiva al tema.

Finalmente, la experiencia acumulada del Sistema Selectivo de Vigilancia Epidemiológica Institucional, ha permitido hacer los ajustes de procedimientos para perfeccionar el sistema de información.

*Este Manual, complementa y perfecciona los procedimientos normativos de vigilancia establecidos en la **Guía Metodológica para el Funcionamiento del Sistema Selectivo de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Peruano de Seguridad Social**, aprobado por*

Resolución de Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud No 015-GCPSS-IPSS-98 del 30 de septiembre de 1996, vigente a la fecha.

La vigilancia rigurosa, estable y sistemática de las patologías y eventos definidos como de interés institucional, facilitará el análisis de la situación de salud, el conocimiento de sus tendencias, y contribuirá notablemente en la evaluación del impacto de sus intervenciones, propiciando la utilización de la evidencia epidemiológica en la gestión de los servicios y programas institucionales.

Lima, Enero de 1999

**LISTADO DE ENFERMEDADES Y EVENTOS
DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OBLIGATORIA
PARA LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DEL
SEGURO SOCIAL DE SALUD – EsSalud**

Diagnóstico	CIE-10
A. Enfermedades Trazadoras de Atención Ambulatoria	
Cáncer de Cuello Uterino	C53.0 – C53.9
Anemias por Deficiencia de Hierro	D50.0 – D50.9
Trastornos de la Acomodación y Refracción	H52.0 – H52.7
Otitis Media Aguda (niños)	H65.0;H65.1; H66.0;H66.9
Enfermedad Hipertensiva	I10.X - I15.9
Infección del Tracto Urinario	N39.0
I. Enfermedades Prevenibles por Vacunación	
Difteria	A36.0-A36.2; A36.9
Parálisis Flácida Aguda	A80.0-A80.9; G80.0-G83.9; G62.2; G62.9; G61.0; G37.3; A87.0-A87.1; A83.0-A86.X; R29.8
Sarampión	B05.0 - B05.9
Tétanos Neonatal	A33.X
Otros Tétanos	A35.X
Tos Ferina	A37.0
Rubéola	B06.0 - B06.9
II. Enfermedades Infecciosas Intestinales	
Fiebre Tifoidea	A01.0
Cólera	A00.0 - A00.9
Enfermedades Diarreicas Agudas	A02.0 - A09.X

III. Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio

Infecciones Agudas de Vías Respiratorias Superiores e Inferiores	J00.X - J06.9; J20.0 - J22.X
Neumonías y Bronconeumonías	J12.0 - J18.9
Tuberculosis Respiratoria confirmada bacteriológica e histológicamente.	A15.0 - A15.9
Tuberculosis Respiratoria no confirmada bacteriológica e histológicamente	A16.0 - A16.9

IV. Enfermedades de Transmisión Sexual

Sífilis	A50.0 - A53.9
Infección Gonocócica	A54.0 - A54.9

V. Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Estado de infección asintomática por VIH	Z21.X
SIDA	B20.0 - B24.X

VI. Enfermedades Transmitidas por Vectores

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

VII. Zoonosis

Peste	A20.0 - A20.9
Rabia Humana	A82.0 - A82.9
Brucelosis	A23.0 - A23.9

VIII. Otras Enfermedades Infecciosas

Hepatitis Viral Aguda tipo A	B15.0 - B15.9
Hepatitis Viral Aguda Tipo B	B16.0 - B16.9
Otras Hepatitis Virales Agudas	B17.0 - B17.8
Meningitis Meningocócica	A39.0
Tuberculosis Extrapulmonares	A17.0 - A19.9

IX. Enfermedades no Infecciosas

Artritis Reumatoide	M05.0 - M06.9
Artrosis	M15.0 - M19.9
Glaucoma	H40.0 - H40.9
Catarata Senil	H25.0 - H25.9
Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores	J40.X - J44.9
Asma	J45.0 - J46.X
Diabetes Mellitus	E10.0 - E14.9
Enfermedad Isquémica del Corazón	I20.0 - I25.9
Enfermedad Cerebro Vascular Aguda (ACV)	I60.0 - I67.9
Insuficiencia Renal Crónica	N18.0 - N18.9
Cirrosis Hepática	K70.3 ; K74.6
Esquizofrenia	F20.0 - F20.9
Trastornos del Humor (Afectivos)	F30.0 - F32.9
Trastornos Neuróticos	F41.0 - F41.9; F44.0 - F44.9
Desnutrición	E40.X - E46.X
Obesidad	E66.0 - E66.9

X. Tumores

Cáncer de Estómago	C16.0 - C16.9
Cáncer de Pulmón	C34.0 - C34.9
Cáncer de Mama	C50.0 - C50.9
Cáncer de Próstata	C61.X

XI. Traumatismos

Traumatismos y Quemaduras de la Muñeca y la Mano	S60.0 - S69.9; T23.0 - T23.7
Quemaduras y Corrosiones Múltiples	T29.0 - T32.9
Traumatismos que afectan Múltiples Regiones del Cuerpo	T01.0 - T07.X

XII. Otras Enfermedades

Enfermedad Pélvica Inflamatoria Crónica	N73.1
Fiebre Reumática	I00.X - I02.9
Neumoconiosis	J60.X - J64.X
Hipoacusia	H83.3

XIII. Principales Complicaciones Obstétricas

Aborto espontáneo	O03.0 – O03.9
Trastornos Hipertensivos Edema y Proteinuria en el Embarazo, Parto y Puerperio	O10.0 - O16.X
Infección del Tracto Urinario en el embarazo	O23.0 - O23.9
Hemorragias del Tercer Trimestre	O44.1; 045.0 - O46.9

XIV. Afecciones Perinatales

Trastornos Relacionados con Duración Corta de la Gestación y con Bajo Peso	P07.0 - P07.3
Sepsis Bacteriana del Recién Nacido	P36.0 - P36.9
Asfixia y Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido	P21.0 - P22.9

XV. Infecciones Intrahospitalarias

Infección de Herida Quirúrgica
Neumonía Nosocomial
Infección del Tracto Urinario

Definiciones de Caso

Grupo A: Enfermedades Trazadoras de la Atención Ambulatoria

CÁNCER DE CUELLO UTERINO (C53.0 – C53.9)

Caso Presuntivo

Toda mujer mayor de 30 años de edad con factores de riesgo asociados y que presenta flujo vaginal que puede ser sanguinolento o no, tumoración exofítica sangrante de cuello uterino y/o infiltración de parametrios.

Caso Definitivo

Es la paciente a quien se establece el diagnóstico clínicamente por tumoración que compromete cuello uterino, puede existir infiltración a vagina o parametrios, o papanicolao de cuello uterino positivo a células neoplásicas, o confirmación por biopsia de cuello uterino.

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (D50.0 – D50.9)

Esta enfermedad será notificada sólo para niños menores de 5 años y para las mujeres embarazadas.

Caso Presuntivo

Paciente que presenta palidez de piel y/o mucosas en el que se asocia astenia, fatiga, mareos, cefalea, disnea y/o taquicardia

Caso Definitivo

Es el caso probable en quien los valores de hemoglobina son los siguientes:

Mujer embarazada: Hemoglobina < 11.0 gramos / decilitro

Niños menores de 05 años: Hemoglobina < 10.5 gramos / decilitro

La confirmación diagnóstica deberá incluir: Dosaje de Hierro sérico, Volumen Corpuscular Medio (VCM) en donde se evidencie anemia microcítica.

OTITIS MEDIA AGUDA (en niños) (H65.0; H65.1; H66.0; H66.9)

Caso Presuntivo

Paciente con antecedente de infección respiratoria superior durante varios días que presenta bruscamente otalgia con o sin fiebre, malestar general y disminución de audición, pudiéndose presentar en lactantes irritabilidad, diarreas y/o vómitos.

Caso Definitivo

Es el caso probable que a la otoscopia presenta tímpano con hiperemia, abombamiento del tímpano, perforación y/o derrame en el oído

TRASTORNOS DE LA ACOMODACIÓN Y REFRACCION (H52.0 – H52.7)

Caso Presuntivo

Paciente con alteración en la agudeza visual clínicamente asociados o no a cefalea, lagrimeo

Caso Definitivo

La confirmación diagnóstica se establecerá a través de pruebas de refracción.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10.X – I15.9)

Caso Presuntivo

Persona en quien se registra adecuadamente presión arterial diastólica >85 mm Hg y/o presión sistólica >130 mm Hg, después de un período de reposo de 5 minutos (sentado) - un sólo registro de Presión Arterial y con factores de riesgo concomitantes.

Caso Definitivo

Persona del caso anterior con valores de presión arterial diastólica >90 mm Hg y/o presión sistólica >140 mm Hg registradas en dos o más tomas con intervalo de una semana, según protocolo de toma de presión arterial.

INFECCION DEL TRACTO URINARIO (N39.0)

Caso Presuntivo

ITU baja: Paciente que presenta disuria poliaquiuria y/o tenesmo vesical

ITU alta: Paciente que presenta fiebre, dolor en flancos y síntomas del tracto urinario inferior

En ambos casos el examen de orina debe demostrar piuria (5 leucocitos o más por campo en orina centrifugada) y/o **bacteriuria**.

Caso Definitivo

Es el caso probable en el que se aísla el germen en el cultivo de orina, más de 100,000 col/ml.

Grupo I: Enfermedades Prevenibles por Vacunación

DIFTERIA (A36.0 - A36.2; A36.9)

Caso Presuntivo

Paciente de cualquier edad con dolor de garganta y presencia de placas adherentes, blanco grisáceas en faringe, amígdalas y/o fosas nasales. Al desprender las placas adheridas a la faringe puede ocurrir discreto sangrado en el fondo de la lesión.

Caso Definitivo

Caso probable con aislamiento del *Corynebacterium diphtheriae* por cultivo de las placas adherentes; o un caso ligado epidemiológicamente a un caso índice confirmado por laboratorio.

PARALISIS FLÁCIDA AGUDA (A80.0-A80.9; G80.0-G83.9; G62.2; G62.9; G61.0; G37.3; A87.0-A87.1; A83.0-A86.X; R29.8)

Caso Presuntivo

Todo paciente menor de 15 años con una enfermedad paralítica flácida de inicio súbito, con compromiso de uno o más miembros caracterizado por disminución o ausencia de reflejos de tendón en los miembros afectados y se descarte su etiología traumática u otra enfermedad paralítica se sospecha poliomielitis. Dentro de las 10 semanas de su aparición deberá clasificarse como caso descartado o confirmado.

Caso Definitivo

Es el caso que reúne los requisitos de probable y permanezca o no con parálisis residual, en el que se aisle en heces fecales el virus salvaje de la polio, o el virus sea aislado en sus contactos cercanos.

SARAMPIÓN (B05.0 – B05.9)

Caso Presuntivo

Historia de fiebre 38°C ó más y exantema máculo-papular (no vesicular) generalizada, de tres o más días de duración; además tos y/o secreción nasal y/o conjuntivitis.

Caso Definitivo

a.- Por laboratorio.- Caso probable con presencia de Anticuerpos de tipo IgM para el sarampión en la muestra de suero del paciente; ó

b.- Por nexa epidemiológico.- Contacto con un caso reciente confirmado por laboratorio, en el cual el exantema se inició dentro de los 21 días anteriores de la erupción en el caso actual.

TÉTANOS NEONATAL (A33.X)

Caso Presuntivo

Incapacidad para succionar (trismus) seguida de rigidez muscular generalizada o de espasmos musculares intensos (convulsiones) en un recién nacido, que inicie estos signos entre los 3 y 28 días de vida.

Toda muerte neonatal con antecedente de succión y llanto normales en los 2 primeros días de vida.

Caso Definitivo

Niño con las características anteriores en el que se agregue:

- *Antecedente epidemiológico de exposición o producción de herida tetatógena en el recién nacido*
- *Madre no vacunada contra el tétanos durante la gestación.*

OTROS TETANOS (A35.X)

Caso Presuntivo

Todo paciente que presente contracciones musculares dolorosas en cara y cuello y tenga el antecedente de una lesión punzocortante 21 días antes y se tenga conocimiento que no posee una adecuada serie primaria de vacunación con toxoide tetánico.

Caso Definitivo

Todo caso que cumpla con los atributos de caso probable y se acentúe la rigidez de los músculos macetero y del cuello, y aparezca rigidez abdominal y espasmos generalizados inducidos por estímulos sensoriales, llegando hasta el opistótonos y la risa sardónica.

TOS FERINA (A37.0)

Caso Presuntivo

Toda persona que luego de un período catarral, presenta crisis de golpe de tos paroxística breves, acompañada de enrojecimiento o cianosis facial y luego vómitos. Puede ocurrir estridor inspiratorio agudo, sin embargo este signo no existe en lactantes.

Caso Definitivo

Todo caso probable en el que se aíse Bordetella pertussis por hisopado de la nasofaringe u por el método de la placa para toser sobre ellas, usando cultivo u otros medios específicos para su identificación; presencia de IgA o IgG contra la toxina de la tos ferina. O vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado en laboratorio.

RUBÉOLA (B06.0 – B06.9)

Caso Presuntivo

Toda persona con exantema de color rosa de inicio en cara y cuello con generalización en 48 horas. Al final del tercer día no hay lesiones en la superficie corporal. No hay descamación y aparece adenopatía retroarticular y artritis.

Caso Definitivo

Persona con diagnóstico probable en la que se aísla IgM específico para Rubéola en una muestra de suero.

Grupo II: Enfermedades Infecciosas Intestinales

FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)

Caso Presuntivo

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

Caso Definitivo

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

CÓLERA (A00.0 – A00.9)**Caso Presuntivo**

Toda persona con cuadro de diarrea aguda acuosa, no maloliente, sin moco ni sangre, amarillo transparente ("Lavado de Arroz"), con o sin vómitos, con o sin deshidratación.

Caso Definitivo

Caso probable en el que se aísla Vibrio cholerae por coprocultivo.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (A02.0 - A09.X)**Caso Definitivo**

Es todo proceso mórbido agudo, cualquiera que sea su etiología que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas y que puede acompañarse de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base.

Grupo III: Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio**INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESP. SUPERIORES E INFERIORES (J00.X – J06.9; J20.0 –J22.X)****Caso Definitivo**

Todos los casos compatibles con las entidades descritas en la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10), que incluye las sub-categorías de J00.X hasta J06.9 y J20.0 hasta J22.X.

Por las características de estas entidades nosológicas, debe considerarse siempre como caso definitivo.

NEUMONÍAS Y BRONCONEUMONÍAS (J12.0 – J18.9)**Caso Presuntivo**

Paciente en el que aparezca fiebre, tos, dificultad respiratoria de cualquier grado, y el examen clínico sea compatible con síndrome de consolidación pulmonar.

Caso Definitivo

Caso probable en el que se evidencia en una radiografía de tórax la presencia de una lesión de consolidación pulmonar.

TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO CONFIRMADA BACTERIOLÓGICA NI HISTOLÓGICAMENTE (A16.0 – A16.9)

Paciente que presenta:

- *Tos persistente de 2-3 semanas o más y expectoración productiva, a veces sanguinolenta;*
- *O con síntomas y signos menos específicos: fatiga, pérdida de apetito y de peso, fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, dolor torácico y dificultad para respirar; y que además,*
- *Presenta al menos 2 a 4 exámenes directos de esputo negativos (Baciloscopía negativa), con cultivos e histología negativos o sin confirmación, pero que presenta una imagen radiográfica con tuberculosis pulmonar activa.*

**TUBERCULOSIS RESPIRATORIA CONFIRMADA BACTERIOLÓGICA Y/O HISTOLÓGICAMENTE
(A15.0 - A15.9)**

Caso Presuntivo

Paciente que presenta:

- Tos persistente de 2-3 semanas o más y expectoración productiva, a veces sanguinolenta;
- O con síntomas y signos menos específicos: fatiga, pérdida de apetito y de peso, fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, dolor torácico y dificultad para respirar.

Caso Definitivo (Bacteriológica y/o Histológicamente)

Todo caso probable que presente uno de los siguientes criterios:

- Tuberculosis en un paciente con un mínimo de dos exámenes directos de esputo positivos (BAAR).
- Tuberculosis en un paciente con un examen directo de esputo positivo junto a una imagen radiográfica compatible con TB pulmonar.
- Todo paciente que presenta dos exámenes directos de esputo negativos y tiene al menos un cultivo positivo.
- Todo paciente que presenta exámenes directos de esputo negativos, cultivo negativo pero confirmada Histológicamente.

Grupo IV: Enfermedades de Trasmisión Sexual

SÍFILIS (A50.0 – A53.9)

Caso Presuntivo

Todo caso que presente una lesión primaria (chancro) en los genitales en forma de una úlcera indolora e indurada con exudado seroso, en el sitio de la invasión y presente como antecedentes un contacto sexual sin protección tres semanas antes, cobrando mayor fuerza la sospecha en pacientes de riesgo con mala conducta sexual (promiscuidad, homosexualidad, prostitución, etc.). 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 Definitivo

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.

INFECCIÓN GONOCÓCICA (Blenorragia o Gonorrea) (A54.0 – A54.9)

Es una infección transmitida sexualmente que se manifiesta comúnmente por uretritis, cervicitis o salpingitis. La infección también puede ser asintomática.

Caso Presuntivo

Incluye las siguientes posibilidades:

- 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 espejulo, secreción purulenta del cérvix.*
- 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 Definitivo

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

Grupo V: Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

ESTADO DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR VIH (Z21.X)

Persona en la que se haya documentado la positividad del VIH por alguna de las pruebas vigentes:

Caso Presuntivo

Una o dos ELISA positivo

Caso Definitivo:

Confirmado por IFI o WB.

Presencia de Western Blot para el VIH positivo más de tres bandas o aislamiento viral por medios de cultivos en secreciones o tejidos del paciente.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) (B20.0 –B24.X)

Se utilizará la definición para el estadio SIDA establecida por el Programa Nacional de las ETS/VIH/SIDA del IPSS-MINSA-COPRECOS.

Infecciones oportunistas (neumonía por Neumocitis carini, criptosporidiasis, toxoplasmosis del SNC, candidiasis del esófago o del las vías respiratorias inferiores, criptococosis diseminada o del SNC, micobacterias atípicas diseminada, e infección pulmonar, de las vías gastrointestinales, el SNC, u ocular por: citomegalovirus, herpes simple, y leucoencefalopatía multifocal progresiva). Neoplasias malignas; Sarcoma de Kaposi, Linfoma primario de células B limitado al encéfalo y Linfoma no Hodgkin. Otras: Síndrome de desgaste, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, enfermedades neurológicas como demencia o neuropatía sensitiva por HIV.

Grupo VII: Enfermedades Transmitidas por Vectores

DENGUE CLÁSICO (A90.X)

Caso Presuntivo

*Paciente con cuadro febril agudo, con cefalea intensa, dolor en articulaciones, mialgias, dolor retro-orbitario, con o sin erupción máculo papular, con tiempo de evolución de 2 a 7 días, y que proceda de zonas endémicas de Dengue o infestadas por el vector **Aedes aegypti** (Loreto, San Martín, Ucayali, Madre de Dios, Tumbes, Piura, Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Junín, Pasco y La libertad).*

Caso Definitivo

Es todo caso que cumpla con los atributos de probable y se demuestre la presencia en el suero de anticuerpos para el agente viral y/o se aisle el virus en el laboratorio.

DENGUE HEMORRAGICO (A91.X)

Caso Definitivo

Caso probable o confirmado de Dengue con una o más de las siguientes manifestaciones:

- *Prueba de torniquete positiva*
- *Petequias, equimosis o púrpura*
- *Hemorragia de las mucosas, el aparato digestivo, sitios de inyección u otros sitios.*
- *Hematemesis o melena*

Y trombocitopenia e indicios de pérdida de plasma debido a un aumento de la permeabilidad vascular, con una o más de las siguientes manifestaciones:

- *Aumento del índice de hematocrito para la edad y sexo (20%).*
- *Disminución de 20% o más del índice hematocrito después del tratamiento de reposición de fluidos.*
- *Signos de pérdida de plasma (derrame pleural, hipoproteinemia y ascitis)*

LEISHMANIASIS (B55.0 – B55.9)

Caso Presuntivo

1. **Cutánea-Andina.**- Toda persona con cuadro clínico caracterizado por una o múltiples lesiones cutáneas que inician en forma de nódulo pruriginoso o no, con progresión a lesiones ulcerativas o ulcero-costrosas, poco profundas de aspecto redondeado, no dolorosa con bordes bien definidos y signos inflamatorios, con tiempo de evolución no menor de cuatro semanas y falta de respuesta al tratamiento antibiótico convencional. Con antecedentes de procedencia o residencia en zonas andinas endémicas de Leishmaniasis.
2. **Cutáneo-mucosa.**- Toda persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe, o tráquea, con antecedentes de lesiones cutáneas ulcerativas o cicatrizadas previas, con procedencia o residencia en zonas endémicas de Leishmaniasis espúndica de la Selva alta o baja.
3. **Visceral.**- Cuadro clínico caracterizado por fiebre elevada ondulante, pérdida de peso, palidez, visceromegalia sin ascitis ni ictericia, en niños menores de 5 años procedentes de áreas fronterizas a zonas endémicas de Leishmaniasis visceral.

Caso Definitivo

Todo caso probable que sometido a examen parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo demuestra positividad a infección por Leishmaniasis.

FIEBRE AMARILLA (A95.0 -A95.9)

Caso Presuntivo

Toda persona con cuadro febril de inicio brusco, cefalea, dolor de espalda, mialgias, con o sin ictericia, con o sin hemorragias, con o sin pérdida de conocimiento, residente o procedente de zonas endémicas de fiebre amarilla selvática (Junín, Huánuco, Ayacucho, Puno, Pasco, Cusco, Madre de Dios, Ucayali, San Martín, Loreto); pudiendo llevar a la muerte en menos de 10 días.

En brote: toda persona con fiebre, cefalea intensa, dorsalgia, de inicio brusco y que no presente tos.

Caso Definitivo

Todo caso probable con resultado de laboratorio positivo a fiebre amarilla mediante serología (captura de IgM), aislamiento viral o histopatología positiva (Inmunoperoxidasa en muestra de hígado).

PALUDISMO (MALARIA) POR P. falciparum (B50.0 –B50.9)*

Caso Presuntivo

Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, que puede ir al compromiso de conciencia, ictericia, insuficiencia renal y hepática hasta el coma, con antecedente de procedencia o residencia en un área de riesgo de transmisión de Malaria (Costa norte y Selva).

Caso Definitivo

Todo caso probable con el hallazgo de la forma asexual (trofozoito o anillo) de **P. falciparum** en una muestra de sangre para examen en gota gruesa y frotis.

* Incluye al Paludismo mixto: **P. Falciparum** con cualquier otra especie.

PALUDISMO (MALARIA) POR P. Vivax (B51.0 –B51.9)

Caso Presuntivo

Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, con antecedente de procedencia o residencia en un área de riesgo de transmisión de Malaria (Costa norte y Selva).

Caso Definitivo

Todo caso probable con el hallazgo de la forma asexual (trofozoito o anillo) de **P. vivax** en una muestra de sangre para examen en gota gruesa y/o frotis.

TIFUS EXANTEMÁTICO (A75.0)

Caso Presuntivo

Es todo caso que presente síntomas generales como cefalea, escalofrío, postración, fiebre y dolor generalizado y que en el quinto día aparece una erupción macular violácea que comienza en la parte superior del tronco y luego se disemina a todo el cuerpo, respetando cara, palma de las manos y planta de los pies. Puede haber presencia de piojos y proceder de áreas endémicas: Cusco, Apurímac, Ayacucho, Puno, Arequipa.

Caso Definitivo

Todo paciente que cumple con los atributos de probable y se confirme la presencia de la Rickettsia prowazekii mediante hemocultivo o prueba de Weil – Felix positiva, fijación de complemento, IFA o ELISA.

Grupo VII: Zoonosis

PESTE (A20.0 – A20.9)

Caso Presuntivo

Es todo paciente con fiebre de inicio brusco y linfadenitis en los ganglios linfáticos (bubones) con mayor frecuencia en la zona inguinal y menos comúnmente en la región axilar y cervical, donde se recoja el antecedente de alto índice de roedores en la vivienda y/o sitio laboral o procedente de zonas endémicas (La Libertad, Lambayeque, Cajamarca y Piura).

Peste Neumónica: Paciente con fiebre, tos, expectoración hemoptoica, de evolución rápida y progresiva que procede de zona endémica de peste.

Caso Definitivo

Todo paciente que cumpla con los atributos de probable y se confirme mediante estudio microscópico del material del bubón, esputo o del líquido cefaloraquídeo o mediante ELISA de captura de antígeno. O un enlace epidemiológico con un caso confirmado.

RABIA HUMANA (A82.0 – A82.9)

Caso Presuntivo

Persona con antecedente de mordeduras de perro u otro mamífero (gato, murciélago) con cuadro de no más de 10 días de evolución, caracterizado por tener fiebre, malestar general, angustia, intranquilidad, alteraciones sensoriales relacionados al lugar de la mordedura, posteriormente espasmos de la laringe y contracciones musculares ante la presencia de agua (hidrofobia) o corrientes de aire (aerofobia).

Caso Definitivo

Caso probable en el que se identifica el virus rábico por el laboratorio a través de la cabeza o del cerebro del animal.

BRUCELOSIS (A23.0 – A23.9)

Caso Presuntivo

Paciente con cuadro agudo insidioso, caracterizado por fiebre continua, intermitente o irregular 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.

Caso Definitivo

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

Grupo VIII: Otras Enfermedades Infecciosas

HEPATITIS VIRAL AGUDA TIPO A (B15.0 – B15.9)

Caso Presuntivo

Paciente de cualquier edad con fiebre de inicio discreto, malestar general, anorexia, náusea, molestias abdominales, orina oscura e ictericia, con sensibilidad en el hipocondrio derecho (en niños en su mayoría asintomáticas y leves) o niveles de transaminasas elevados.

Caso Definitivo

Caso probable en que se detecta anticuerpo IgM (ELISA) contra el virus de la hepatitis A.

HEPATITIS VIRAL AGUDA TIPO B (B16.0 – B16.9)

Caso Presuntivo

Paciente de cualquier edad con fiebre de inicio discreto e ictericia, orina oscura, malestar general, fatiga, sensibilidad en el hipocondrio derecho o niveles de transaminasas elevadas, con o sin antecedentes de factores de riesgo de exposición (promiscuidad sexual, tecnólogos de laboratorio, cirujanos, dentista, etc.)

Caso Definitivo

Caso probable que reúna uno o más de los siguientes criterios:

- 1. Confirmación por laboratorio de los antígenos y anticuerpos para la hepatitis B; o*
- 2. Histopatología compatible; o*
- 3. Asociación epidemiológica con caso confirmado como portador o antecedente de exposición.*

OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS (B17.0 – B17.8)

Caso Presuntivo

Paciente de cualquier edad con fiebre de inicio discreto, malestar general, anorexia, náusea, molestias abdominales, orina oscura e ictericia, con sensibilidad en el hipocondrio derecho (en niños en su mayoría asintomáticas y leves) o niveles de transaminasas elevados.

Caso Definitivo

Caso probable en que detecta anticuerpo contra el virus de la hepatitis C, E.

MENINGITIS MENINGOCÓCICA (A39.0)

Caso Presuntivo

Toda persona que presente signos de meningitis (rigidez de nuca, cefalea, fiebre con o sin compromiso del sensorio) con 24 a 48 horas de evolución, puede estar acompañado de petequias, y/o equimosis con evolución rápida hacia el shock y/o la muerte. En los menores de un año se sospecha de meningitis cuando la fiebre esta acompañada de abombamiento de la fontanela y disminución del reflejo de succión.

Caso Definitivo

Caso probable en el que se aísla meningococo en el LCR o en la sangre; o tinción de Gram del LCR encontrándose cocos Gram negativos intracelulares.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR (A17.0 – A19.9)

Caso Confirmado

Todo paciente que presente al menos un cultivo positivo en un material procedente de una localización fuera del pulmón: pleura, ganglios linfáticos periféricos (abdomen, génitourinario), piel, articulaciones, huesos, así como meningitis tuberculosa.

Todo paciente con pruebas histológicas, biológicas o evidencia clínico-radiológica sólida compatible con una tuberculosis extra pulmonar.

Grupo IX: Enfermedades no Infecciosas

ARTRITIS REUMATOIDE (M05.0 – M06.9)

Caso Definitivo

Paciente que presente un compromiso articular crónico que debe reunir cuatro o más de los siguientes criterios:

- 1. Rigidez matutina mayor de una hora de duración*
- 2. Compromiso inflamatorio articular simétrico*
- 3. Compromiso inflamatorio de manos y/o muñeca*
- 4. Compromiso inflamatorio de tres o más articulaciones*
- 5. Presencia de nódulos sub cutáneos*
- 6. Factor reumatoide positivo*
- 7. Radiografía con signos de osteopenia o erosiones yuxta articular*
 - El criterio 1 y 3 deben estar presentes mínimo 6 semanas*
 - Menos de 3 criterios deben ser considerados como caso probable.*

ARTROSIS (M15.0 – M19.9)

Caso Presuntivo

Enfermedad articular degenerativa que compromete la movilidad de articulaciones diartrodeales (móviles) y que disminuye progresivamente la movilidad ocasionando dolor.

Caso Definitivo

Enfermedad caracterizada por deterioro progresivo hasta pérdida del cartilago articular, acompañado de proliferación de nuevo tejido óseo (osteofitos) y tejidos blandos alrededor de la articulación comprometida, evidenciado por radiografía.

GLAUCOMA (H40.0 – H40.9)

Caso Presuntivo

Pérdida precoz, asimétrica de la visión en personas mayores de 50 años con/sin dolor ocular.

Caso Definitivo

Persona en que la medición de la presión intraocular se encuentre por encima de los 22 mm Hg, y que al examen del fondo de ojo se encuentre algún tipo de lesión del nervio óptico, o en un examen de campo visual se encuentre una alteración.

CATARATA SENIL (H25.0 –H25.9)

Caso Definitivo

Paciente de 65 años a más con deterioro gradual de la visión que al examen del ojo se observa opacidad en el cristalino, no producida por traumatismo o por agentes externos.

ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40.X – J44.9)

Caso Presuntivo

Paciente con historia de obstrucción de las vías aéreas caracterizada por un flujo respiratorio máximo reducido que no se modifica marcadamente durante varios meses de observación y está relacionada a bronquitis crónica o enfisema.

- **Bronquitis crónica** se define como la presencia de tos y expectoración crónica y recurrente durante al menos tres meses al año por dos años consecutivos, excluyéndose enfermedades con etiología específica que acusen igual sintomatología.
- **Enfisema pulmonar** es una alteración anatómica caracterizada por el agrandamiento anormal y permanente de los espacios aéreos respiratorios distales al bronquiolo terminal asociado a destrucción de las paredes alveolares sin fibrosis.

Caso Definitivo

El diagnóstico se confirma con resultados de pruebas de función pulmonar: Espirometría, Volúmenes Pulmonares y Test de Difusión.

ASMA (J45.0 – J46.X)

Caso Presuntivo

Paciente con tos, espasmo bronquial y dificultad respiratoria, con exacerbaciones recurrentes característicamente nocturna, a menudo provocada por factores exógenos como alérgenos, irritantes, ejercicios y enfermedades virales.

Caso Definitivo

Es aquel caso presuntivo en que se demuestra una obstrucción reversible de las vías respiratorias con el uso de broncodilatadores, registrándose un incremento del 15 a 20% del volumen espiratorio forzado (VEF) al primer minuto.

DIABETES MELLITUS (E10.0 – E14.9)

Caso Presuntivo

Paciente con poliuria, polidipsia y polifagia, pérdida de peso, astenia y con factores de riesgo asociados, y/o dosaje de glucosa en ayunas mayor de 127 mg/dl, y/o glucosa postprandial a las 2 horas mayor de 140 mg/dl.

Caso Definitivo

Todo caso probable con dosaje de glucosa pre prandial mayor de 140 mg/dl y/o postprandial mayor de 200 mg/dl, encontrados en mas de dos tomas.

ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON (I20.0 – I25.9)

Caso Definitivo

Se incluye a:

- 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:** Cuadro de angina en reposo, de inicio reciente repetida, que va creciendo. Sin elevación de enzimas (CPK-CPKMB-TGOS-DHL) - 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 (CPK-CPKMB-TGOS-DHL)

ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR AGUDA (I60.0 – I67.9)

Caso Definitivo

Es la lesión neurológica aguda que se produce como resultado de una trombosis, embolia y/o hemorragia cerebral, que se manifiesta por déficit motor, sensitivo, sensorial focalizada. Se complementa el diagnóstico con exámenes auxiliares, estudio anatómopatológico y/o por evolución clínica.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (N18.0 – N18.9)

Caso Definitivo

Paciente en el que se evidencia daño del parénquima renal de cualquier etiología, disminuyendo la función renal en la depuración de los elementos nitrogenados, se diferencian:

	<i>Depuración de Creatinina</i>
<i>Insuf. Renal Crónica leve</i>	<i>< 70</i>
<i>Insuf. Renal Crónica moderada</i>	<i>< 50</i>
<i>Insuf. Renal Crónica avanzada</i>	<i>< 20</i>
<i>Insuf. Renal Crónica terminal</i>	<i>< 10</i>

CIRROSIS HEPATICA (K70.3, K74.6)

Caso Presuntivo

Paciente con enfermedad crónica, estigmas hepáticos, signos de hipertensión portal y alteración bioquímica en la función hepática.

Caso Definitivo

Estudio anatómopatológico (se incluye estudio post mortem)

ESQUIZOFRENIA (F20.0 – F20.9)

Caso Definitivo

Paciente con distorsión del pensamiento y de la percepción junto a una afectividad inadecuada o embotada, al inicio; mantiene la lucidez intelectual, que después se pierde. Los fenómenos psicopatológicos más importantes son el pensamiento con eco, el robo de pensamiento, difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastorno de pensamiento y síntomas de negativismo.

TRASTORNOS DEL HUMOR [Afectivos] (F30.0 – F32.9)

Caso Definitivo

Trastorno en el cual la perturbación fundamental, consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante) o a la euforia.

TRASTORNOS NEURÓTICOS (F41.0 –F41.9 y F44.0-F44.9)

Caso Definitivo

Es toda persona que presenta desórdenes menos severos que cursan con síntomas mixtos donde predomina la ansiedad y la depresión. Se caracterizan además, por que el paciente presenta conciencia de la enfermedad y no presenta síntomas de alejamiento de la realidad.

Presentan dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad o explosiones de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuesta de alarma excesiva, reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

DESNUTRICIÓN (E40.X - E46.X)

Caso Definitivo

Para menores de 5 años se considerara los criterios del Programa de Crecimiento y Desarrollo (Tabla de N.C.H.S).

OBESIDAD (E66.0 – E66.9)

Caso Presuntivo

En la mujer: IMC entre 25 y 26

En el varón: IMC entre 25 y 27

Caso Definitivo

En la mujer: IMC mayor de 26

En el varón: IMC mayor de 27

- *Para menores de 5 años utilizar la tabla de N.C.H.S.*

Grupo X: Tumores

CÁNCER DE ESTÓMAGO (C16.0 – C16.9)

Caso Presuntivo

Es toda persona que presenta disfagia, gastritis crónica y/o úlceras de larga evolución, hemorragias digestivas altas y/o lesión sospechosa por radiografía de doble contraste y/o gastroscopía y/o factores de riesgo.

Caso Definitivo

Es el paciente a quien se establece el diagnóstico por cuadro clínico, estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

CÁNCER DE PULMÓN (C34.0 – C34.9)

Caso Presuntivo

Es toda persona que presenta tos de más de 3 semanas de evolución, expectoración hemoptoica, baja de peso y/o asociado a factores de riesgo (tabaquismo), y/o con lesión sospechosa en radiografía anteroposterior y lateral de pulmón.

Caso Definitivo

Es el paciente a quien se establece el diagnóstico por cuadro clínico, estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

CÁNCER DE MAMA (C50.0 – C50.9)

Caso Presuntivo

Es toda mujer que presenta tumoración en la mama y/o adenopatías regionales y/o lesión sospechosa en mamografía.

Caso Definitivo

Es la paciente a quien se establece el diagnóstico por cuadro clínico, estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

CÁNCER DE PRÓSTATA (C61.X)

Caso Presuntivo

Persona >40 años de edad con signos de prostatismo, nódulo duro palpable en próstata por tacto rectal y/o P.S.A (Prostatic Specific Antigen = Antígeno prostático específico) elevado.

Caso Definitivo

Es el paciente a quien se establece el diagnóstico por cuadro clínico, estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

Grupo XI: Traumatismos

Este grupo de enfermedades están referidas únicamente a las producidas por accidente de trabajo.

TRAUMATISMOS Y QUEMADURAS DE LA MUÑECA Y LA MANO (S60.0 – S69.9 y T23.0-T23.7)

Caso Definitivo

Lesión Traumática y/o Quemadura de muñeca o mano de diferente grado de severidad, con o sin limitación funcional comprobada clínica o radiológicamente.

QUEMADURAS Y CORROSIONES MÚLTIPLES (T29.0 - T32.9)

Caso Definitivo

Herida, señal o destrucción parcial o total de tejido en cualquier localización con diferentes grados de severidad con/sin conocimiento del agente causal sea fuego, calor, electricidad, radiación o ciertas sustancias químicas

TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO (T01.0 – T07.X)

Caso Definitivo

Lesiones de dos o más regiones del cuerpo con diferentes grados de severidad comprobado clínica y radiológicamente.

Grupo XII: Otras Enfermedades

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA CRONICA (N73.1)

Caso Definitivo

Toda mujer con vida sexual activa que presente dolor pélvico recurrente espontáneo y/o dolor a la movilidad cervical, hipersensibilidad en los anexos con o sin fiebre, puede tener leucocitosis, PCR positiva, VSG elevada y pruebas positiva a gérmenes.

FIEBRE REUMÁTICA (I00.X – I02.9)

Caso Presuntivo

Presencia de criterios de Jones: carditis, poliartritis, corea, eritema marginado y nódulo subcutáneo. Y antecedente de infección estreptocócica.

Caso Definitivo

Criterio de Jones más hallazgos de laboratorio, aumento de la velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, prolongación del intervalo P-R, cultivo faríngeo positivo a estreptococo, título de anticuerpos antiestreptococos presente o elevados más evidencia de infección previa por estreptococos.

NEUMOCONIOSIS (J60.X –J64.X)

Caso Presuntivo

Persona con antecedente de exposición prolongada a polvos inorgánicos con síntomas de disnea y tos crónica.

Caso Definitivo

Enfermedad profesional fibrótica de los pulmones causada por la inhalación, retención y reacción del tejido pulmonar a los cristales de sílice y otros polvos inorgánicos durante tiempo de exposición y con radiografía del pulmón y control de Espirometría compatibles.

HIPOACUSIA CAUSADA POR RUIDOS (H83.3)

Caso Presuntivo

Persona con disminución de la agudeza auditiva, cefalea y tinnitus debido a la exposición crónica al ruido.

Caso Definitivo

Persona con disminución de la agudeza auditiva, cefalea y tinnitus debido a la exposición crónica al ruido con audiometría típica.

Grupo XIII: Principales Complicaciones Obstétricas

ABORTO ESPONTANEO (O03.0 – O03.9)

Caso Presuntivo

Mujer en edad fértil, con vida sexual activa, sangrado vaginal con o sin dolor abdominal bajo y un tiempo de amenorrea no mayor de 20 semanas; sin evidencia de ser provocado.

Caso Definitivo

Todo caso probable en que se compruebe restos placentario mediante el legrado uterino.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS, EDEMA Y PROTEINURIA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O10.0 – O16.X)

Caso Presuntivo

Paciente que a partir de la segunda semana de embarazo presenta edema persistente, cefalea, náuseas vómitos, alteraciones de la visión y/o dolor epigástrico con o sin antecedente de Hipertensión arterial.

Caso Definitivo

Es el caso probable que presenta presión arterial sistólica mayor de 140 y/o presión diastólica mayor de 90 mm Hg, en una mujer normotensa o un aumento de la presión sistólica en 30 mm Hg o de la presión diastólica en 15 mm Hg respecto a los valores basales; además proteinuria mayor de 300 mg por litro en orina de 24 horas y/o albúmina cualitativa positiva.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO (O23.0 – O23.9)

Caso Presuntivo

*ITU baja: Toda gestante que presenta disuria, poliaquiuria y/o tenesmo vesical
ITU alta: Toda gestante que presenta fiebre, dolor en flancos y síntomas del tracto urinario inferior
Toda gestante asintomática con examen de orina con piuria (5 leucocitos o más por campo en orina centrifugada) y/o bacteriuria.*

Caso Definitivo

Es el caso probable en el que se aísla el germen en el cultivo de orina, más de 100,000 col/ml.

HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE (O44.1; O45.0 – O46.9)

Caso Presuntivo

Es todo evento que ocurre en gestantes después de la 28va. semana de gestación, que cursa con sangrado vaginal generalmente visible, con o sin dolor abdominal, y/o cambios en la consistencia normal del útero.

Caso Definitivo

Es todo caso probable corroborado por ecografía (Placenta Previa) y/o luego de procedimiento quirúrgico (Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta).

Grupo XIV: Afecciones Perinatales

TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACION CORTA DE LA GESTACION Y CON BAJO PESO (P07.0 – P07.3)

Caso Definitivo

Es todo recién nacido que pesa al nacer menos de 2,500 gramos independientemente de la edad gestacional.

SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO (P36.0 - P36.9)**Caso Presuntivo**

Recién nacido que presenta dificultad respiratoria, inestabilidad cardiopulmonar, ictericia, hiper o hipotermia, con o sin convulsiones, visceromegalia, cianosis, piel marmórea y/o trastornos gastrointestinales, vómito porraceo o ileo y factores de riesgos asociados para sepsis.

Caso Definitivo

Es el caso probable asociado a pruebas de laboratorio: recuento de leucocitos anormales, relación neutrófilos inmaduro/neutrófilos totales > 0.16, VSG aumentada, proteína C reactiva positiva, cultivos (sangre, LCR, orina, otros); y otros métodos de ayuda diagnóstica (Rx, TAC, etc.).

ASFIXIA Y SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO (P21.0 – P22.9)**Caso Presuntivo**

SDR : Todo recién nacido que presenta cianosis, taquipnea, retracción torácica, quejido respiratorio.

Caso Definitivo

Asfixia : Todo recién nacido con respiración ausente o entrecortada que se establece dentro del primer minuto de nacido, frecuencia cardíaca al nacer menor de 100 por minuto, tono muscular ausente o débil, sin respuesta a los estímulos (APGAR al minuto de 0 a 7).

SDR : Todo caso probable asociado a estudios radiológicos u aspirado bronquial.

Grupo XV: Infecciones Intrahospitalarias**INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA (IIH):**

Aquella que no está presente o incubándose en el momento del ingreso, que se adquiere en el hospital y que se diagnostica clínicamente, o por procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se incluyen las que se manifiestan posteriormente al egreso del paciente hasta 30 días después, en el caso de la infección de la herida operatoria y hasta 1 año en los implantes protésicos.

La definición de IIH se basa en los siguientes principios:

Primero:

La información usada para el diagnóstico comprende la combinación del criterio clínico y de resultados de pruebas o procedimientos diagnósticos.

Segundo:

El diagnóstico se realiza por la observación durante cirugía, endoscopia u otro procedimiento diagnóstico; o según criterio clínico. A menos que exista evidencia precisa de lo contrario.

Para infecciones en algunos sitios, el diagnóstico clínico en ausencia de datos de apoyo, tiene que estar acompañado de tratamiento antimicrobiano.

Tercero:

La infección no está presente o incubándose en el momento del ingreso. Y ocurre en las siguientes situaciones:

Infección que se adquiere en el hospital y aparece tras el alta.

Infección que adquiere el paciente en relación con la atención hospitalaria, incluyendo la ambulatoria.

Infección adquirida por el personal hospitalario en relación con la atención médica a los pacientes o con pruebas diagnósticas

Infección en el recién nacido como resultado del paso por el canal del parto.

Cuarto:

No se consideran IHH las que ocurren asociadas a las siguientes situaciones:

Aquella que se asocia con complicación o extensión de infecciones presentes al ingreso, a menos que un cambio de agente o de síntomas sugiera la adquisición de una nueva infección.

Infección en un niño que se conoce o está probado que ha sido adquirida trasplacentariamente (Herpes simple, Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus y Sífilis) y que comienza precozmente tras el nacimiento.

Quinto:

Excepto en pocas situaciones que se referirán en las definiciones, no se toma un tiempo específico durante o después de la hospitalización para determinar si una infección se confirma como intrahospitalaria, si existe la evidencia que se relaciona con la hospitalización.

INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA (IHQ):

Infección que abarca la piel o planos profundos, con presencia de secreción purulenta, aun sin confirmación microbiológica y que además presenta uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, edema, calor, eritema.

Infección de la herida quirúrgica superficial (IHQS):

Tiene que seguir el siguiente criterio:

Infección que ocurre dentro de los 30 días posteriores a la operación y que afecte solamente piel o tejido subcutáneo por encima de la aponeurosis.

Tiene que cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Drenaje purulento por la incisión superficial.

Gérmenes aislados por cultivos obtenidos asépticamente de fluidos o tejidos de la incisión superficial.

Al menos uno de los siguientes síntomas o signos de infección :

Dolor o hipersensibilidad.

Inflamación localizada

Enrojecimiento o calor

Infección de la herida quirúrgica profunda (IHQP) :

Tiene que seguir el siguiente criterio:

1.- La infección ocurre en los 30 días posteriores a la operación si no se ha colocado una prótesis, (en este caso se considera la ocurrida durante un año después) y, afecta tejidos por debajo de la aponeurosis.

2.- Adicionalmente tiene que cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Drenaje purulento desde la incisión profunda, en el área órgano-espacio.

Incisión profunda que tiene dehiscencia espontánea o abierta deliberadamente por el cirujano.

Fiebre 38°C ó >.

Dolor localizado o hipersensibilidad, al menos que tenga cultivo negativo.

Absceso u otra evidencia de infección relacionada con la incisión profunda y que es detectada por exámen directo, durante la reoperación, exámen histológico, endoscópico o radiológico.

Un cuerpo extraño implantable no derivado de tejido humano (ej. prótesis cardíaca, vascular, injerto vascular no humano, corazón mecánico o prótesis de cadera) que está permanentemente colocado en el paciente durante la cirugía.

Infección de la herida quirúrgica órgano/espacio:

Comprende una parte de la anatomía (órganos o espacios) abierta o manipulada durante la operación, que no tiene relación con la incisión.

La infección ocurra dentro de los 30 días después de la operación y hasta 1 año, si se colocó un implante y está relacionada con el acto quirúrgico.

La infección afecta cualquier parte de la anatomía (órganos o espacios) que excluye la incisión abierta o manipulada durante la operación.

Adicionalmente tiene que cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Drenaje purulento por el drenaje colocado en el área órgano-espacio.

Gérmenes aislados por cultivos obtenidos asépticamente de fluidos o tejidos en el área órgano-espacio.

Absceso u otra evidencia de infección relacionada con el órgano espacio y que es detectada por examen directo durante la respiración, por exámen histológico, endoscópico o radiológico.

IHQ, puede comprender más de un sitio específico:

1. Si comprende incisión superficial y profunda se clasifica como profunda.

2. Ocasionalmente una infección de órgano/espacio drena a través de la incisión, y se considera una complicación de la incisión, ésta se clasifica como profunda.

NEUMONIA NOSOCOMIAL

Presencia de síntomas y signos de infección respiratoria baja (tos, dolor torácico, expectoración purulenta, fiebre > 38°C, matidez a la percusión, crepitantes a la auscultación) diagnóstico realizado con evidencia de imagen radiológica o de laboratorio.

Puede acompañarse de: Hemocultivos positivos sin otra infección evidente, identificación de gérmenes tomados de muestras por aspiración transtraqueal, lavado o cepillado bronquial, biopsia.

El exámen radiológico, preferiblemente seriado: con aparición o aumento de infiltración, consolidación, cavitación o derrame pleural.

Se excluyen los cuadros dados por embolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca y atelectasia post operatoria.

Neumonía Asociada a Ventilador:

Deberá considerarse los siguientes criterios:

Fiebre >38°C

Leucocitosis > 10,000 por campo

Leucopenia > 2,000 por campo

Infiltrado nuevo o persistente en radiografía de tórax

Evidencia de secreciones traqueales purulentas

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

Presencia de infección clínica o bacteriológica del sistema urinario con síntomas y signos consistentes en: fiebre > 38°C, urgencia miccional, disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico, puño percusión lumbar positivo.

Puede estar acompañado o no de:

Presencia de urocultivo positivo, con no más de dos especies.

Criterio y tratamiento médico.

Presencia de bacterias con piuria.

Paciente que presenta sepsis urinaria con germen conocido y posterior a su ingreso aparece nuevo germen patógeno.

Procedimientos para la identificación del caso nuevo al sistema.

Según los procedimientos vigentes vinculados al acto médico, los profesionales médicos deberán identificar aquellos pacientes nuevos para el daño que tratan y consignarlo en el parte diario de consulta externa. Sin embargo, la identificación del caso nuevo por el médico, se ve afectada por una serie de situaciones vinculadas a la calidad de la historia clínica, los procedimientos usados para completar los registros y los requerimientos de la producción que terminan distorsionando este dato, indispensable para la identificación de las incidencias de enfermedades.

Por los motivos expuestos, se ha considerado conveniente que sea el Sistema de Gestión Hospitalaria quien proporcione este dato, con lo cual se lograría, la precisión necesaria en esta variable, a su vez que se estaría haciendo uso de las ventajas comparativas de disponer de un sistema mecanizado de información en muchos de los centros asistenciales de nuestra institución, que puede simplificar el trabajo administrativo del médico.

Para el caso de las enfermedades crónicas el asunto es sencillo. Una vez que se hace el diagnóstico de caso nuevo de una enfermedad crónica, por ejemplo: Asma, Diabetes, etc., en lo sucesivo, el paciente será repetido para este daño de por vida, no importa el servicio, especialidad o programa al cual en el futuro concurra. Los casos serán repetidos por el daño crónico también para otros años, o sea, que el hecho de comenzar un nuevo año, no significa el comenzar desde cero, sino en su lugar considerar los datos de años precedentes.

En el caso de las afecciones agudas, una vez realizado el diagnóstico de caso nuevo, se considerará repetido para el daño, si el paciente acude por los mismos síntomas de la afección en un lapso que pueda ser considerado dentro del período habitual de evolución de la enfermedad. Fuera de este período de tiempo y, una vez curado y dado de alta, se considerarán nuevos episodios de la enfermedad durante el año. Estas pautas para considerar el período de evolución clínica de una enfermedad podrían ser elaboradas para el Sistema de Gestión Hospitalaria, comenzando por las afecciones de interés institucional (Resolución de Gerencia General No. 358 GG-IPSS-97, del 24 de marzo de 1997), para luego ir ampliando el espectro.

Sin embargo, de forma práctica, el Sistema de Gestión Hospitalaria podría tomar como referencia la variable “alta” para señalar la condición de nuevo o repetido por el daño. Es decir, aquel paciente tratado por una enfermedad aguda que figure como dado de alta en el parte diario, ingresará en lo sucesivo al sistema como nuevo para la misma afección. Si el médico no ha dado su alta, cualquier atención por este daño se considerará como repetida.

Tanto para las enfermedades agudas como para las crónicas, el sistema pudiera ir definiendo, desde ahora, los procedimientos para identificar los casos nuevos y repetidos, variable que sería omitida para su llenado del parte diario.

A su vez, cuando se trate del Sistema de Información de la Red de Servicios, el registro primario será llevado en el centro asistencial de adscripción del asegurado. Los centros

asistenciales que reciben referencias de casos de población no adscrita, deberán considerar los daños como repetidos para aquellos diagnósticos que ya tienen una confirmación del establecimiento que produce la referencia. Para los diagnósticos nuevos que efectúe será a través de la contrareferencia, -en el caso de la población no adscrita-, que se ingresará en el registro del programa o servicio del centro asistencial donde pertenece el paciente. De forma que cualquier caso nuevo en un establecimiento no se repita en otro y sea nuevo a la red y al sistema.

El sistema sólo deberá considerar como caso nuevo aquel que tiene un diagnóstico definitivo, es decir, confirmado para el daño en cuestión. Y no considerará como caso nuevo al que tiene un diagnóstico presuntivo.

El diagnóstico presuntivo o probable será asumido como provisional en tanto se confirme o descarte el diagnóstico y en ningún caso ingresará a las incidencias ni a los acumulados de daños. Se considerará como presuntivo o probable al caso en estudio, cuantas veces concurra hasta el momento que se haga el diagnóstico definitivo.

Por ejemplo: un paciente con diagnóstico presuntivo de hipertensión arterial -según las normas para el control de esta afección- será atendido al menos en tres ocasiones diferentes en las que se detecte cifras tensionales elevadas para su edad, para corroborar el diagnóstico. Mientras dure su estudio será diagnosticado como presuntivo y no se registrará como caso nuevo de hipertensión arterial. Una vez confirmado el diagnóstico será caso definitivo o nuevo y se registrará como tal.

Las interconsultas con otros profesionales y especialidades, sus referencias motivo de este daño, o su concurrencia a otros servicios como emergencia u hospitalización, por esta causa, se considerarán como daño repetido. Y estará solamente registrado, en una ocasión, en el sistema, como nuevo. Su atención en el centro asistencial motivo de otros daños, por ejemplo: una hernia inguinal, será considerada como daño nuevo al momento de confirmarse este diagnóstico. Por lo que un mismo paciente podrá diagnosticarse como nuevo, para las distintas afecciones, que se le confirme el diagnóstico.

En tanto se definan estos procedimientos por el Sistema de Gestión Hospitalaria, el registro se seguirá efectuando en la forma convencional, tomando en cuenta, las orientaciones ofrecidas en los párrafos precedentes.

Participantes

Equipo de Definición de Caso

Dr. Ricardo Chávez Chacaltana, Hosp. II Iquitos, GD Loreto (Coordinador)
Dr. Luis Fernández Reyes, Hosp. III Chimbote, GD Ancash
Dra. Delma Llamosas Bueno, Hosp. II Yanahuara, GD Arequipa
Dr. Dante Valdivia Passano, Hosp. III Cusco, GD Cusco
Dr. Antonio Sánchez Salazar, Hosp. II Tarapoto, GD San Martín
Dra. Luz Amparo Villanueva Olivares, Hosp. Nacional del Sur
Dr. Guillermo Piñas Decada, Clínica Vitarte, GD Lima
Dr. David Chalco Cornejo, Clínica Castilla, GD Lima

Equipo de Modificación del Instructivo y Formato de Vigilancia de Enfermedades de Interés Institucional

Dr. César Altamirano Cárdenas, Hosp. III Huancayo, GD Junín (Coordinador)
Lic. Amanda Aspilcueta Rivera, Hosp. II Yanahuara, GD Arequipa
Dr. Guillermo Merino Sandoval, Hosp III Cayetano Heredia, GD Piura
Sr. Rodolfo Araujo Espinoza, Hosp. Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Elizabeth Neciosup Puicán, Hosp. Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
Ing. Antonio Sandoval Larraín, Hosp. Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
Lic. Silvia Torrealva Vidal, Clínica Grau, GD Lima

Reunión de Trabajo realizada por la Sub Gerencia de Epidemiología del 01 al 03 de diciembre de 1998.

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Presidente Ejecutivo

Eco. Manuel Vásquez Perales

Gerente General

Eco. Silvia Carolina Armijo Hidalgo

Gerente Central de Salud

Dra. Cecilia Costa Esparza

Gerente Oficina de Programación e Información Técnica

Eco. Leonardo Pastor Paz Puelles

Sub Gerente de Epidemiología

Dr. Manuel Lorenzo Hurtado

Sub Gerencia de Epidemiología

Equipo Técnico

Dr. Manuel Lorenzo Hurtado, Sub Gerente

Dr. Ebert Poquioma Rojas

Lic. Luz Nancy Valdivia Zevallos

Sr. Enrique Díaz Riojas

Sr. Eduardo Milla Márquez

Sr. Jony Colán Hernández

Srta. Andrea Palomino Ortiz