

Decreto Nº 64/004 - Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGIA Y MINERIA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE GANADERIA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DEPORTE Y JUVENTUD

Montevideo, 18 de febrero de 2004

VISTO: la necesidad de actualizar el "Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria";

RESULTANDO: I) que los cambios en las enfermedades prevalentes y su epidemiología, así como los cambios originados por la posibilidad de lo que hoy se llaman "enfermedades emergentes y reemergentes", junto con los cambios ocurridos desde la aprobación del código vigente, en materia de conocimiento científico, tecnológico y comunicacional, hacen imprescindible la actualización a los efectos de una adecuada vigilancia epidemiológica y control de enfermedades y riesgos para la salud de nuestra población; II) que cada país tiene la obligación de codificar las enfermedades que se desarrollan dentro del área nacional; III) que debido a la ordenación general de las medidas que se rigen por el Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por la Organización Mundial de la Salud, muchas de las disposiciones de nuestro Código se hallan fuera de lugar; IV) que, el desarrollo permanente del método epidemiológico y su cuerpo de conocimientos han permitido actualizar sus usos y aplicaciones: siendo de aplicaciones frecuentes de la Epidemiología, entre otras: la medición del nivel de salud de poblaciones, la descripción de la historia natural de la enfermedad, la identificación de los determinantes de las enfermedades, el control y prevención de la enfermedad, la selección de métodos de control y prevención, la planificación y evaluación de servicios de salud;

CONSIDERANDO: I) que los artículos Nos. 2, 4 y 5 de la Ley Nº 9.202 de 12 de enero de 1934 "Orgánica de Salud Pública", establecen los cometidos de ésta Secretaría de Estado en materia de Higiene, a fin de adoptar las medidas necesarias para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus ordenes; II) que el Artículo 224 del Código Penal dispone penas a las violaciones de las disposiciones vigentes sobre las enfermedades epidémicas y contagiosas; III) lo informado por las Divisiones Jurídico Notarial y Salud de la Población y la Dirección General de la Salud;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
DECRETA:**

SECCION I

ART. 1º.-

Disposiciones:

A los efectos de esta reglamentación se entiende por enfermedades y eventos sanitarios de declaración obligatoria a todas aquellas enfermedades transmisibles o no y los eventos (hechos, acontecimientos o circunstancias que por su importancia, características o excepcionalidad puedan considerarse de riesgo para la salud pública) incluidos en el presente Código, que se producen dentro del territorio nacional o que ingresan al mismo y que conciernen a las autoridades sanitarias a los fines profilácticos, terapéuticos o epidemiológicos.

ART. 2º.-

Enfermedades y eventos de declaración obligatoria:

2.1.- Declárase obligatoria la denuncia o notificación de las siguientes enfermedades y eventos de interés sanitario que se definen en el Anexo I que forma parte del presente Código.

2.2.- La "Lista de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria" será determinada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública con el asesoramiento de grupos de expertos y actualizada de acuerdo a los requerimientos de la situación epidemiológica.

ART. 3º.-

Responsabilidad de la declaración:

3.1.- Están obligados a hacer la declaración de las enfermedades o eventos indicadas en el artículo 2 del presente Código las siguientes personas:

Médicos y médicos veterinarios en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia.

Directores técnicos de hospitales o instituciones de asistencia públicos, privados o de cualquier otro tipo. Si el establecimiento o servicio no tuviera director técnico, está obligado a hacer la declaración el funcionario de mayor autoridad del mismo.

Otros técnicos profesionales de la salud y personal sanitario de todas las categorías.

Directores técnicos de laboratorios de análisis y bancos de sangre.

Médicos responsables de internados, comunidades, campamentos y similares.

3.2.- También deberán hacer la declaración de las enfermedades o eventos indicadas en el artículo 2 del presente Código las siguientes personas:

Directores de escuelas y liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados.

Mandos de establecimientos y dependencias de las fuerzas armadas.

Capitanes de buques y aeronaves.

Cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública.

ART. 4º.-

Plazos y mecanismos para la declaración:

4.1.- La declaración de las enfermedades o eventos incluidos en el Artículo 2, Grupo A de la "Lista de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria" según consta en el Anexo I del presente Código, se hará de inmediato por la vía de comunicación más rápida disponible (telefónica, fax, telegrama o personalmente) desde que se sospecha la enfermedad.

En estos casos la notificación deberá hacerse en forma simultánea a la autoridad sanitaria local de la zona donde ocurre el caso y a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

4.1.1.- En aquellos items que así se especifique en la "Lista de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria", Anexo I del presente Código se hará en forma inmediata y simultánea a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología y al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (C.I.A.T.) de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

4.2.- La declaración de las enfermedades y eventos incluido en el Artículo 2, Grupo B de la "Lista de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria" según consta en el Anexo I del presente Código, se hará dentro de la primera semana a partir de la sospecha de la enfermedad mediante comunicación telefónica, fax, telegrama, correo, correo electrónico o personalmente según lo dispuesto en el artículo 5 del presente Código.

4.3.- La notificación será siempre referida a la ocurrencia de casos de enfermedades y eventos o existencia de riesgos (notificación positiva) definidos en el presente Código a excepción de aquellos casos en que se determine la obligación de notificar la ausencia de casos (notificación negativa) en períodos establecidos.

4.4.- Toda declaración de las enfermedades o eventos incluidos en el presente Código debe ser registrada en un formulario (escrito o en formato electrónico) individual para cada caso, donde consten como mínimo los siguientes datos de la persona afectada: nombre y apellido, edad, sexo, domicilio habitual, lugar y fecha de internación (si corresponde), así como: la información básica sobre la enfermedad o evento que motiva la notificación, fecha de la notificación e identificación de la persona notificante.

En aquellos casos en los que no se pueda o no se deba indicar el nombre de la persona afectada, se deberá sustituir por un número auto generado o equivalente.

4.5.- La notificación será siempre referida a casos individuales salvo en aquellas circunstancias en que por tratarse de brotes epidémicos de rápida eclosión u otras que determine el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, podrá aceptarse la notificación conjunta sin individualizar cada caso, estableciéndose en la misma el número de casos y sus características en común.

ART. 5º.-

La declaración obligatoria determinada por el presente Código se hará a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

ART. 6º.-

Las autoridades sanitarias a que se refieren los artículos 1, 4 y 9 del presente Código son:
En Montevideo la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.
En los demás departamentos, la autoridad de Salud Pública dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, o en su defecto la Dirección de los Servicios dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) que ejerce su jurisdicción inmediata sobre la zona donde se produce el caso, entendiéndose por tal aquella geográficamente más próxima dentro del mismo Departamento.

ART. 7º.-

El Ministerio de Salud Pública por intermedio de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud, proporcionará los formularios para la notificación y asesorará a los médicos o servicios notificantes sobre los detalles relativos a la misma, así como sobre las medidas de control y prevención si corresponde.
La carencia de formularios no exime de la obligatoriedad de la notificación.

ART. 8º.-

Cuando la notificación se refiere a una enfermedad profesional según se establece en la Ley N° 16.074 y Decreto N° 167/981 del 8 de abril de 1981, o un evento vinculado al trabajo, ello se hará constar en la notificación.

ART. 9º.-

9.1.- Las autoridades locales de Salud Pública y el Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública llevarán un registro de las notificaciones recibidas.
9.2.- Todos los servicios de asistencia médica quedan obligados a llevar un registro cronológico de las notificaciones realizadas, con la fecha de la misma, el nombre de la persona que notificó y los datos del caso o evento notificado.

ART. 10.-

Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública realizará, en forma periódica y por los medios que resulten más convenientes, la difusión de la información surgida del procesamiento y análisis de los datos relativos a las enfermedades y eventos de declaración obligatoria.

ART. 11.-

El Ministerio de Salud Pública determinará la forma y frecuencia con que el Departamento de Epidemiología informará a las autoridades ministeriales sobre las enfermedades y eventos de declaración obligatoria.

ART. 12.-

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud informará a otros ministerios y dependencias estatales sobre la ocurrencia de casos de enfermedades o eventos de declaración obligatoria cuando corresponda en función de la naturaleza de los mismos o de las medidas de prevención y control.

ART. 13.-

13.1.- Notificado uno o más casos de enfermedad u evento de declaración obligatoria comprendido en el presente Código y constatada la oposición a los procedimientos de investigación, medidas de prevención y control u otras medidas dictadas por las autoridades sanitarias en relación con la misma, se aplicarán las sanciones correspondientes de acuerdo a las disposiciones legales pertinentes.

13.2.- La omisión de la notificación oportuna y de acuerdo a lo dispuesto por el presente Código por parte de las personas que determina el mismo en el artículo 3° en su numeral 3.1, la autoridad sanitaria deberá radicar la denuncia penal de acuerdo con el artículo 224 del Código Penal.

13.3.- La omisión de la notificación oportuna y de acuerdo a lo dispuesto por el presente Código por parte de las personas que determina el mismo en el artículo 3° en su numeral 3.2, será pasible de las sanciones administrativas o las que correspondan de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

13.4.- La notificación por parte de las personas indicadas en el artículo 3° en su numeral 3.2. no exime de responsabilidad a las personas establecidas en el artículo 3° en su numeral 3.1.

ART. 14.-

Los Anexos I y II que acompañan al presente Código forman parte del mismo y sus contenidos podrán ser actualizados por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a los requerimientos de la situación epidemiológica y a los avances que determine el conocimiento científico y tecnológico.

ART. 15.-

Comuníquese. Publíquese.

BATLLE - CONRADO BONILLA - DANIEL BORRELLI - GUILLERMO VALLES- ISAAC ALFIE - YAMANDU FAU - LEONARDO GUZMAN - LUCIO CACERES - JOSE VILLAR - SANTIAGO PEREZ DEL CASTILLO - MARTIN AGUIRREZABALA - JUAN BORDABERRY - SAUL IRURETA.

ANEXO I**Enfermedades y eventos de declaración obligatoria**

Los casos y circunstancias sujetos a vigilancia epidemiológica mediante la notificación establecida en el "Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria" se organizan en dos grupos según los plazos para su declaración al Ministerio de Salud Pública, Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

Con excepción de VIH/SIDA, en todos los casos la notificación debe realizarse frente a la sospecha de la enfermedad aún no confirmada por el laboratorio.

Grupo A

Notificación inmediata en el día por la vía de comunicación más rápida disponible: telefónica, fax, telegrama o personalmente a partir de que se sospecha la enfermedad.

1. Dengue
2. Difteria
3. Enfermedad eruptiva febril
4. Enfermedad meningocócica
5. Enfermedad transmitida por alimentos (ETA)
6. Enfermedades de notificación internacional
 - o a. Fiebre Amarilla
 - o b. Cólera
 - o c. Peste
 - o d. Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)
7. Hantaviriosis
8. Intoxicaciones agudas
9. Meningitis
10. Ofidismo, arañismo (Notificación inmediata por doble vía a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico – CIAT- de la Facultad de Medicina)
11. Parálisis flácida aguda
12. Personas mordidas
13. Rabia animal
14. Rabia humana
15. Sífilis connatal
16. Síndrome de rubéola congénita
17. Tétanos
18. Tétanos neonatal
19. Cualquier enfermedad o evento sanitario de riesgo que se presente en forma inusitada

Grupo B

Notificación dentro de la primera semana a partir de la sospecha de la enfermedad mediante comunicación telefónica, fax, telegrama, correo, correo electrónico o personalmente.

1. Accidente de trabajo y enfermedad profesional (Notificación por doble vía a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y al Banco de Seguros del Estado)
2. Accidente de tránsito
3. Brucelosis
4. Carbunco
5. Enfermedad de Chagas
6. Enfermedad de Creutzfeldt - Jakob
7. Exposición a contaminantes ambientales:
 - o a. Plomo
 - o b. Mercurio
 - o c. Plaguicidas: organofosforados y/o carbamato
8. Fiebre Q

9. Fiebre tifoidea
10. Hepatitis A
11. Hepatitis B, C y otras
12. Hidatidosis
13. Lepra
14. Leptospirosis
15. Malaria
16. Notificación negativa semanal de:
 - o a. Enfermedad eruptiva febril
 - o b. Parálisis flácida aguda
17. Paperas
18. Riesgo nutricional
19. Tos convulsa
20. Tuberculosis
21. Varicela
22. VIH/SIDA

Otros mecanismos de vigilancia epidemiológica:

- Vigilancia por puestos centinela
- 1. Influenza (Gripe)
- 2. Diarreas
- 3. ETS no SIDA
- Resistencia antimicrobiana

Notificación al Departamento de Laboratorios de Salud Pública, Av. 8 de octubre 2720, 1er. piso, teléfono (02) 487.25.16 o fax (02) 480.70.14

ANEXO II

Enfermedades y eventos de declaración obligatoria

Grupo A

Notificación inmediata en el día por la vía de comunicación más rápida disponible: telefónica, fax, telegrama o personalmente a partir de que se sospecha la enfermedad.

1. Dengue

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días y con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia, y que resida o haya estado en los últimos 15 días en zona con circulación de virus de Dengue.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio, por alguna de las siguientes técnicas:

- detección de IgM específica por enzoinmunoensayo (ELISA) de captura,
- cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados,
- reacción en cadena de la polimerasa (PCR),
- aislamiento viral,
- inmunohistoquímica,
- neutralización o inhibición de hemaglutinación (IHA),

Caso sospechoso confirmado por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio; o en el curso de una epidemia, por criterio clínico-epidemiológico.

Medidas de prevención y control:

Generales

Las acciones en terreno se deben tomar en forma conjunta con la comunidad, miembros organizados y responsables de saneamiento, control de vectores, medio ambiente y equipo de salud.

Información, educación y comunicación a la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención y control.

Intensificación de la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial.

Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios comunitarios y domiciliarios de cría del mosquito.

Eliminación de criaderos de mosquitos mediante la destrucción, inversión de recipientes, aplicación de larvicidas (tratamiento focal); eliminación de adultos mediante la fumigación (tratamiento espacial).

Campañas de eliminación de cacharros y tratamiento comunal de basura.

Control del caso

Inicio de investigación epidemiológica de los casos sospechosos, para localizar el foco.

Evitar el contacto del mosquito con el paciente, hasta que desaparezca la fiebre por medio de mosquiteros, repelentes, mallas metálicas. Si surge Dengue en áreas de foco de Fiebre Amarilla se recomienda la inmunización contra la Fiebre Amarilla a la población según normas, ya que ambas enfermedades urbanas comparten el mismo vector.

Dengue hemorrágico

Definición:

Caso sospechoso:

Todo caso sospechoso o confirmado de Dengue clásico con una o más de las siguientes manifestaciones:

- prueba del torniquete positiva.
- petequias, equimosis o púrpura.
- hemorragia de las mucosas, sitios de inyección u otros sitios.
- hematemesis o melena.
- trombocitopenia (100.000 células o menos por mm³).
- indicios de pérdida de plasma debida al aumento de la permeabilidad vascular, con una o más de las siguientes manifestaciones:
 - aumento del índice hematocrito en 20% o más del valor normal;
 - disminución del 20% o más del índice hematocrito después del tratamiento de reposición de pérdidas en comparación con el nivel de base.
- derrame pleural, hipoproteinemia y ascitis.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso de Dengue hemorrágico con confirmación laboratorial por alguna de estas técnicas:

- detección de IgM específica por enzoinmunoensayo (ELISA) de captura,
- cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados,
- reacción en cadena de la polimerasa (PCR),
- aislamiento viral,
- inmunohistoquímica,
- neutralización o inhibición de hemaglutinación (IHA),

2. Difteria

Definición:

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta cuadro agudo de infección orofaríngea, con presencia de seudomembranas blanco-grisáceas adherentes, ocupando las amígdalas y pudiendo invadir otras áreas de la faringe u otras mucosas y piel, con compromiso del estado general y fiebre moderada.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso, confirmado laboratorialmente por aislamiento de agente etiológico, o por vínculo epidemiológico con un caso confirmado laboratorialmente.

Medidas de prevención y control:

- a) A todo contacto se le tomará una muestra para cultivo de la región faríngea (independiente de su estado vacunal).
- b) Una vez tomada la muestra se iniciará quimioprofilaxis a todas las personas de cualquier edad que no estén vacunadas, con estado desconocido de vacunación o vacunación incompleta.
- c) Esquema de quimioprofilaxis:
Se debe efectuar con:
- 1) Penicilina benzatínica por vía intramuscular.
 - en niños de menos de 30 kg.: 600.000 U.I.
 - en personas de más de 30 kg.: 1.200.000 U.I.
 - 2) Eritromicina por vía oral
 - en niños: 40 – 50 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 7 días
 - en adultos: 500 mg cada 6 horas durante 7 días
- d) Se observará durante 7 días para evidenciar la enfermedad. Si el resultado del cultivo del contacto es positivo, se debe realizar un nuevo cultivo al término de la quimioprofilaxis.
- e) Vacunación de bloqueo: será determinada por la Unidad de Inmunizaciones del Dpto de Epidemiología. Se iniciará vacunación con DT o Pentavalente dependiendo de la edad del contacto a las personas no vacunadas, vacunación incompleta o con estado desconocido de vacunación. Se dará un refuerzo a las personas con esquema completo para la edad, cuya última dosis haya sido administrada hace más de 5 años.

3. Enfermedad eruptiva febril

Definición:

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta fiebre y exantema máculo-papular, acompañado por una o más de las siguientes manifestaciones: tos, coriza, conjuntivitis.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado como Sarampión o Rubéola por laboratorio por algunas de las siguientes técnicas:

- Detección de IgM por ELISA de captura
- Cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados,
- Aislamiento viral;

Caso sospechoso confirmado por nexa epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Frente a un caso confirmado por laboratorio o nexa epidemiológico se procede a la inmunización de bloqueo la cual será determinada por la Unidad de Inmunizaciones del Dpto de Epidemiología.

Medidas de prevención y control:

Según pauta internacional (OPS/OMS) para la eliminación o erradicación mediante programas de vacunación y vigilancia epidemiológica.

La inmunización contra Sarampión y Rubéola integra el esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP (vacuna triple viral).

4. Enfermedad meningocócica

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente con aparición súbita de fiebre (> 38° C) y al menos uno de los siguientes síntomas o signos:

- Rigidez de nuca
- Alteración de la conciencia
- Otros signos de irritación meníngea
- Erupción cutánea petequeial o purpúrica

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad, convulsiones, con o sin erupción petequeial.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por una de estas dos técnicas:

- Aislamiento de Meningococo (*Neisseria Meningitidis*) por medio de cultivo de Líquido Céfalorraquídeo (LCR), sangre u otro fluido.
- Contraelectroforesis (CIE).

Medidas de prevención y control:

Generales:

Evitar el hacinamiento en las viviendas y los sitios laborales, fomentando la ventilación de los ambientes en lugares con alta concentración de personas.

Quimioprofilaxis:

Se debe realizar preferentemente dentro de las primeras 24 horas y hasta 10 días de la sospecha del caso índice. Administrarse a los contactos íntimos entendiendo como tales a los integrantes del núcleo familiar conviviente, y aquellos que no siendo convivientes se comportan como tales en tiempo y proximidad.

Si se trata de un escolar, la quimioprofilaxis la recibirán dentro del aula, sólo los compañeros que cumplan con el concepto de contacto íntimo.

En los jardines maternos y guardería se hará quimioprofilaxis a todos los niños y a todos los adultos que trabajen con esos niños.

Esquema profiláctico:

Medicamento de elección: Rifampicina, de acuerdo al siguiente esquema:

Adultos: 600 mg. cada 12 horas durante 2 días.

Niños entre 1 mes y 12 años: 10 mg/kg de peso/dosis, sin sobrepasar los 600 mg. por dosis cada 12 horas durante 2 días.

Niños menores de 1 mes: 5 mg/kg. de peso /dosis cada 12 horas durante 2 días.

Inmunización

Vacunación de bloqueo: se indica frente a la ocurrencia de brotes de enfermedad por meningococo A ó C, en personas mayores de 2 años de edad expuestas al riesgo de contraer la enfermedad.

Vacunación contra meningococo B: se realiza en forma de campaña masiva por parte del MSP frente a epidemia o riesgo de epidemia.

5. Enfermedad transmitida por alimentos (ETA)

Definición:

Definición de caso:

Es el caso de una persona que ha enfermado después del consumo de alimentos y/o agua, considerados contaminados, vista la evidencia epidemiológica, la clínica compatible y eventualmente el análisis de laboratorio.

Definición de brote de ETA: Episodio en el cual dos o más personas presentan una enfermedad similar después de ingerir alimentos, incluida el agua, del mismo origen y donde la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio implica a los alimentos y/o al agua como vehículo de la misma

Medidas de prevención y control:

- Investigación y control de brotes
- Programas de inocuidad de alimentos
- Educación sobre riesgos y medidas de higiene en la preparación, manipulación y almacenamiento de alimentos.

6. Enfermedades de notificación internacional

a. Fiebre Amarilla

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente con cuadro febril agudo de inicio súbito hasta 7 días, residente o que estuvo en área con circulación viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o aislamiento viral en mosquitos), en los últimos 15 días, sin antecedentes de vacunación antiamarilíca o con situación vacunal desconocida. En situación epidemiológica de país con transmisión como Brasil, se considera también: individuo con cuadro febril agudo de inicio súbito, seguido de ictericia y/o manifestaciones hemorrágicas independiente de la situación vacunal para Fiebre Amarilla.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio por alguna de las siguientes técnicas:

- Presencia de IgM específica.
- Aumento cuádruple de los niveles de IgG sérica en pares de muestras de suero (fase aguda y convalescencia).
- Detección del antígeno específico en los tejidos por inmunohistoquímica.
- Detección de secuencias genómicas del virus (PCR) en la sangre u órganos.
- Aislamiento viral

Caso sospechoso confirmado por criterio clínico – epidemiológico:

- Caso sospechoso que evolucionó a la muerte en menos de 10 días desde el inicio de los síntomas, sin confirmación de laboratorio, en el curso de un brote en que otros casos fueron confirmados por laboratorio. En situación epidemiológica con transmisión, se considera también individuo sintomático u oligosintomático detectado en búsqueda activa que no haya sido vacunado y que presenta serología (MAC-ELISA) positiva para Fiebre Amarilla.

Medidas de prevención y control:

Las medidas generales para el control y la prevención de la Fiebre Amarilla están contenidas en la Resolución de MERCOSUR (GMC 26/00)

Instituir programa de vacunación masiva para todas las personas mayores de 6 meses de edad que residen en área endemo-epidémica de Fiebre Amarilla. Frente a la detección de un caso sospechoso en estas áreas debe indicarse vacunación de bloqueo en personas no vacunadas o que se desconoce su estado de vacunación.

En zonas no endémicas frente a la detección de circulación del virus amarilíco en reservorios o vectores, o a la detección de caso autóctono, debe indicarse la vacunación de bloqueo a toda la población mayor de 9 meses residente en la zona en riesgo.

b. Cólera

Definición:

Caso sospechoso:

En una zona donde la enfermedad no esté presente:

- Un paciente de 5 años de edad o más, con diarrea acuosa aguda abundante, que puede evolucionar a deshidratación grave o muerte; o
- Un paciente de cualquier edad con diarrea que en los 10 días anteriores al inicio de los síntomas haya estado en una zona con ocurrencia de casos de Cólera; o
- Contacto de caso sospechoso que resida en el mismo domicilio o en la misma comunidad cerrada y que presente diarrea.

En una zona donde hay epidemia de Cólera, persona con diarrea acuosa aguda, con o sin vómitos, independiente de la edad.

Caso confirmado:

- Caso sospechoso confirmado por laboratorio por aislamiento de cepas toxigénicas de *Vibrio cholerae* 01 o 0139; o
- Por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Medidas de prevención y control:

Acciones sobre las personas:

Vigilar a los contactos del caso índice durante cinco días a partir de su última exposición. Se entiende por contacto, aquellas personas que comparten los alimentos, agua y el alojamiento, con un paciente de Cólera.

Educar a la población acerca de la higiene personal y la preparación y manipulación de alimentos:

- Lavarse las manos antes de manipular los alimentos, antes de comer y después de ir al baño.
- Beber solo agua potable o si no se dispone de ella, hervir o utilizar hipoclorito de sodio en toda el agua

para el consumo.

- Consumir todos los alimentos cocidos, especialmente verduras y mariscos. Después de la cocción, protegerlos contra la contaminación.
- La vacuna tiene un efecto profiláctico limitado. Protege sólo entre 3 y 6 meses al 50% de las personas vacunadas y por lo tanto no es apropiada en una epidemia.

Acciones ambientales:

- Toma de muestras de agua de consumo, alcantarillado y alimentos.
- Control de los abastos de agua potable, asegurando la calidad microbiológica.

c. Peste

Definición:

Caso sospechoso:

Todo paciente que visitó en los 10 días previos un área endémica o próxima a un foco natural de transmisión de Peste y que presenta cuadro agudo de fiebre y adenopatías (sintomático ganglionar), o síntomas respiratorios (sintomático neumónico), acompañado o no de manifestaciones clínicas generales de la enfermedad.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio, con una de las siguientes pruebas:

- inmunofluorescencia indirecta.
- hemaglutinación pasiva (PHA).
- por aislamiento de *Yersinia pestis*;
- Dot - ELISA

Caso sospechoso confirmado por nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

Medidas de prevención y control:

- Desratización y desinfestación con insecticidas del grupo de los carbamatos y piretroides, de ambientes con roedores y pulgas contaminadas.
 - Acciones educativas para evitar la proliferación de roedores próxima a las viviendas.
 - Evitar contacto con roedores silvestres en áreas de foco de Peste.
 - Monitoreo e identificación precoz de los casos.
 - Vigilancia en áreas portuarias y aeroportuarias.
 - Vigilancia durante 7 días de todo individuo que tenga o haya tenido contacto con paciente de Peste neumónica.
 - Monitoreo de roedores y pulgas contaminadas por Peste.
- Esquema terapéutico para profilaxis
- Forma bubónica: no se recomienda terapéutica profiláctica.
 - Forma neumónica: la quimioprofilaxis está indicada en los contactos directos de los casos confirmados.
 - En expuestos a pulgas infectadas en zonas endémicas

Drogas indicadas:

Sulfadiazina: 2–3 gramos por día divididos en 4–6 tomas durante 6 días.

- Sulfametoxazol + Trimetopim: 400 mg y 80 mg respectivamente cada 12 horas durante 6 días.

- Tetraciclina: 1 gramo por día durante 6 días.

d. Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)

Definición:

Caso sospechoso:

- Toda persona que presenta cuadro de fiebre alta (>38° C) y tos y/o dificultad respiratoria y/o tuvo contacto directo con caso sospechoso o probable de SARS, o estuvo en zona con transmisión autóctona reciente en los 10 días anteriores al inicio de los síntomas, o reside en área con transmisión autóctona.
- Toda persona que fallece de enfermedad respiratoria aguda de etiología desconocida en la que no se realizó autopsia y tuvo contacto directo con caso sospechoso o probable de SARS, o estuvo en zona con transmisión autóctona reciente en los 10 días anteriores al inicio de los síntomas, o residía en área con transmisión autóctona.

Caso probable:

- Caso sospechoso con radiografía de tórax con infiltrado compatible con neumonía o distress respiratorio y que no demuestra otra etiología.
- Caso sospechoso que evolucionó a la muerte, con autopsia compatible con síndrome de distress respiratorio y que no demuestra otra etiología.

Caso confirmado:

Caso sospechoso de SARS con resultados positivos para SARS-CoV en uno o más de los siguientes exámenes de laboratorio:

- PCR, Serología (ELISA o IFI),
- aislamiento viral.

Serán considerados resultados laboratoriales válidos cuando son realizados en laboratorios de referencia nacional o regional de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Medidas de prevención y control:

Ver "Directivas del manejo del SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Grave) MSP, OPS/OMS. Uruguay, Julio 2003

7. Hantaviriosis

Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH)

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente previamente sano, con prodromos de síndrome gripal (fiebre mayor de 38° C, mialgias, escalofríos, gran astenia, sed y cefalea). Laboratorio general con hematocrito elevado, plaquetopenia, leucocitosis con desviación a la izquierda, linfocitos atípicos y elevación de LDH y transaminasas, seguido de distress respiratorio de etiología no determinada con infiltrados pulmonares bilaterales, O enfermedad con evolución a la muerte con cuadro de edema pulmonar no cardiogénico. Esta definición es válida para áreas donde previamente no se han presentado casos. En zonas endémicas, el diagnóstico debe sospecharse en el período prodrómico.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio por alguno de los siguientes criterios:

- serología por ELISA (IgM o seroconversión IgG);
- RT – PCR en tejidos de células infectadas;
- Inmunohistoquímica en tejidos de células infectadas.

Medidas de prevención y control:

- Educar al público para evitar la exposición a roedores y su presencia en los hogares.
- Alertar al personal sanitario sobre letalidad, algoritmo de sospecha y tratamiento de sostén.
- Se recomienda realizar periódicamente estudios de reservorios, determinando las especies y las tasas de infección con personal especializado, utilizando equipamiento de seguridad adecuado.
- Control de roedores en el domicilio y peridomicilio (no es practicable en el medio silvestre).

8. Intoxicaciones agudas

Definición:

Caso sospechoso:

Persona o personas con antecedente conocido de exposición en un lapso no mayor a 24 horas y/o que presenten un cuadro clínico compatible con la exposición voluntaria o involuntaria a una o más sustancias químicas naturales (de origen animal o vegetal,) o sintéticas (medicamentos, plaguicidas, sustancias de uso doméstico, industrial u otras) en forma única o múltiple.

Caso confirmado

Caso sospechoso en el cual se confirma la presencia en muestras biológicas de la o las sustancias químicas involucradas y/o la presencia de un indicador biológico de exposición.

9. Meningitis

Meningoencefalitis aguda supurada (MEAS), Meningitis bacterianas

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente con aparición súbita de fiebre (> 38° C) con sin erupción cutánea petequeal o purpúrica y al menos uno de los siguientes síntomas o signos:

- Rigidez de nuca
- Alteración de la conciencia
- Otros signos de irritación meníngea

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad, convulsiones, con o sin erupción petequeal. Detección de Coco-bacilos Gram negativos en frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR y otros fluidos)

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por una de estas dos técnicas:

- Aislamiento del agente etiológico (*Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* tipo b, *Neisseria Meningitidis*, otros agentes bacterianos menos frecuentes) por medio de cultivo de Líquido Céfalorraquídeo (LCR), sangre u otro fluido.
- Identificación de polisacáridos capsulares específicos por técnica de contraelectroforesis (CIE).

Medidas de prevención y control:

Generales:

Evitar el hacinamiento en las viviendas y los sitios laborales, fomentando la ventilación de los ambientes en lugares con alta concentración de personas.

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de otitis, mastoiditis o lesiones traumáticas de base de cráneo.

Quimioprofilaxis:

Se aplicará a los contactos de acuerdo a las pautas establecidas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología del MSP en casos sospechosos o confirmados de MEAS por *Haemophilus Influenzae* tipo b, *Neisseria Meningitidis* (Meningococo), *Streptococcus Pneumoniae* (Neumococo) y en todos aquellos casos en que se determine su indicación.

Inmunización

Ver vacunación en "Enfermedad Meningocócica" La inmunización contra *Haemophilus Influenzae* tipo b integra el esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP (vacuna pentavalente).

10. Ofidismo, araneísmo

Definición:

Caso:

Accidente por mordedura de ofidio ponzoñoso (ofidismo). Especies autóctonas:

- *Bothrops alternatus* ("Crucera" o "Víbora de la Cruz")
- *Bothrops neuwiedi pubescens* ("Yara" o "Yarará")
- *Crotalus durissus terrificus* ("Víbora de Cascabel")
- *Micrurus frontalis altirostris* ("Víbora de Coral")

Picadura de arácnido ponzoñoso (araneísmo). Especies autóctonas:

- *Latrodectus gr. mactans* ("araña del lino o viuda negra")
- *Loxosceles laeta* ("araña homicida o de los cuadros")
- *Phoneutria nigriventer* ("araña del banano")
- *Lycosa spp.* ("tarántula o araña de jardín")

La existencia de ejemplares de zoológico o la posibilidad de introducción accidental de otras especies no autóctonas determina la posibilidad de accidentes que también deben ser notificados.

Medidas de prevención y control:

Educación a la población (trabajadores, acampantes, etc.) para evitar los riesgos de la exposición a los accidentes por animales ponzoñosos y el control de su presencia en los hogares.

Tratamiento oportuno con sueros específicos bajo supervisión del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) de la Facultad de Medicina.

11. Parálisis flácida aguda

Definición:

Caso sospechoso:

Cualquier individuo menor de 15 años con Parálisis Aguda Flácida (PAF), sin antecedentes de trauma reciente.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio: por aislamiento del poliovirus salvaje de las heces del caso o de sus contactos.

Caso compatible:

Cuando no se obtuvo una muestra adecuada de heces en pacientes con parálisis residual compatible con Poliomiелitis en las siguientes situaciones:

- Al cabo de 60 días de inicio de la PAF; o
- Sobreviene la muerte dentro a los 60 días de inicio de la PAF; o
- No se hizo seguimiento del caso.

Caso sospechoso de Poliomiелitis vacunal:

Caso de Parálisis Aguda Flácida que recibió la vacuna oral contra la Poliomiелitis, hasta 30 días antes del inicio de los síntomas, o que tuvo contacto con vacunado en este período.

Individuo que presenta secuela compatible con Poliomiелitis hasta 60 días después de la vacunación con la vacuna oral contra la Poliomiелitis o contacto con vacunado.

Caso confirmado de Poliomiелitis vacunal:

Caso sospechoso de Poliomiелitis vacunal con aislamiento de poliovirus vacunal e identificación del mismo por técnicas de biología molecular, no existiendo otra causa posible de la enfermedad.

Medidas de prevención y control:

Según pautas internacionales (OPS/OMS) para la eliminación o erradicación

La inmunización de bloqueo ante la aparición de un caso confirmado será determinada por la Unidad de Inmunizaciones del Dpto de Epidemiología.

12. Personas mordidas

Definición:

Caso:

Paciente humano que sufre una o más lesiones, de cualquier tipo, entidad o gravedad, ocasionadas por mordedura de cualquier mamífero, doméstico o salvaje.

Medidas de prevención y control:

Si el animal agresor es un perro o gato se procederá a su observación veterinaria durante un plazo de 10 días a partir de la fecha de la lesión, así el animal parezca sano en ese momento, existiera una razón aparente para la agresión o tenga vacuna antirrábica a día. Luego de dicho plazo de observación, si el animal no presentó particularidades que determinen sospecha de Rabia o signos de la enfermedad, no se recomienda tratamiento alguno.

Se indicará tratamiento antirrábico:

- Si el animal desaparece dentro del lapso de los 10 días de observación
- Si el animal muere o presenta signos de Rabia
- Si se trata de un animal silvestre (vampiro, murciélago, zorrillo, zorro, etc.)
- Si el material remitido al laboratorio resulta positivo para Rabia.

13. Rabia animal

Definición:

Caso sospechoso:

Debe considerarse como sospechoso de Rabia todo animal (cánidos y felinos salvajes o domésticos, otros mamíferos mordedores como vampiros, murciélagos, ratas, ratones y otros roedores, aunque éstos últimos rara vez requieren profilaxis antirrábica) que tras una fase de cambio de conducta (excitación, intranquilidad, hiperexcitabilidad, anorexia) se vuelve agresivo contra objetos, otros animales o incluso contra si mismo, presenta sialorrea, convulsiones generalizadas, ataxia, parálisis descendente con evolución a la muerte en 2 a 10 días.

Caso confirmado:

Caso sospechoso o no confirmado por laboratorio mediante prueba de inmunofluorescencia directa y prueba de Webster (inoculación intracerebral de ratones con observación por 21 días)

Medidas de prevención y control:

Control de foco mediante vacunación antirrábica de todo perro y gato en torno del caso. Si hubiera otros animales mordidos se deberán sacrificar en forma inmediata. Los mordidos humanos deber recibir el tratamiento indicado

14. Rabia humana

Definición:

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta como cuadro clínico, síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad (Rabia furiosa), o síndrome paralítico (Rabia muda), generalmente seguido de insuficiencia respiratoria, que progresa hacia el coma y la muerte, con antecedentes o no de exposición al virus rábico.

Caso confirmado:

Laboratorial

- Caso sospechoso, en que se demuestre infección por virus rábico a través del estudio por laboratorio, o
- Caso sospechoso con antecedentes de exposición a animal rabioso confirmado por laboratorio, con alguna de las siguientes técnicas:

Diagnóstico ante-mortem:

- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia en impresión corneal o bulbos pilosos de la nuca.
- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia después de la inoculación de saliva en ratones lactantes o en cultivo celular.
- Detección de anticuerpos neutralizantes específicos para Rabia en suero y/o en LCR de una persona sin antecedentes de vacunación.
- Detección de ácido nucleico del virus rábico por PCR en muestras de saliva o inmunofluorescencia en bulbos pilosos de la nuca.

Diagnóstico post-mortem:

- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia en muestras de tejido cerebral.
- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia después de la inoculación de muestras de tejido cerebral en ratones lactantes o en cultivo celular.

Clínico-epidemiológico

Todo caso sospechoso, sin posibilidad de confirmación laboratorial, con antecedente de exposición a una probable fuente de infección, en una zona con comprobada circulación viral.

Medidas de prevención y control:

La profilaxis de Rabia humana se hace con vacuna cuando los individuos son expuestos o están en riesgo de exposición al virus rábico a través de mordedura, lamida de mucosa, arañazo y excepcionalmente por exposición respiratoria a ambientes con aerosoles de virus rábico.

Pre-exposición: indicada a personas que por sus actividades se exponen permanentemente al riesgo de infección por el virus rábico, tales como, laboratorios de diagnóstico, producción e investigación de virus rábico, personal que actúa en campo en actividades antirrábicas, capturando, vacunando, identificando y clasificando animales susceptibles de portar el virus.

Post-exposición: para la indicación de la profilaxis es importante considerar:

- especie de animal involucrado
- naturaleza de exposición
- circunstancias de la exposición
- observación del animal
- las condiciones o antecedentes del animal agresor

La profilaxis se realiza con vacuna antirrábica de cultivo celular (Unidad de Zoonosis y Vectores del Departamento de Epidemiología. MSP). La indicación del esquema profiláctico se hará de acuerdo a la situación epidemiológica del país. En la actualidad y frente a la ausencia de casos de Rabia humana y animal se indica la aplicación de 5 dosis y refuerzo de vacuna antirrábica de cultivo celular en células diploides.

15. Sífilis connatal

Definición:

Caso sospechoso:

Todo recién nacidos de madre VDRL+:

- que llega al parto sin haber recibido un tratamiento antibiótico adecuado (Penicilina Benzatínica en la dosis correspondiente al estadio de la infección)
- que haya sido tratada en el último mes de embarazo y/o que haya sido tratada con antibióticos diferentes a la penicilina.

Caso confirmado:

- aborto con feto muerto y macerado
- mortinato
- caso sospechoso con clínica y /o paraclínica de Sífilis Connatal Precoz
- caso sospechoso con clínica y /o paraclínica de Sífilis Connatal Tardía

Medidas de prevención y control:

General

- Educación a la comunidad sobre los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual y los métodos de prevención.
- Control de las ETS y educación sexual en los trabajadores sexuales.
- Detección precoz y tratamiento oportuno de los casos.
- Control del embarazo incluyendo estudios serológicos para prevenir la sífilis connatal.

Del caso

- Uso de preservativo hasta completar el tratamiento y desaparición de las lesiones.
- Investigación de contactos.

16. Síndrome de rubéola congénita

Definición:

Caso sospechoso:

Todo recién nacido cuya madre fue caso sospechoso o confirmado de Rubéola o contacto de caso confirmado de Rubéola durante la gestación, o todo niño hasta 12 meses de edad que presenta signos clínicos compatibles con infección congénita por el virus de la Rubéola, independiente de la historia materna.

Caso confirmado:

Por laboratorio:

Todo caso sospechoso confirmado laboratorialmente por prueba serológica o aislamiento viral y que presente signos clínicos específicos del síndrome.

Por clínica:

Un caso clínicamente confirmado es aquel en el que un médico detecta al menos dos de las complicaciones mencionadas en el punto a) ó al menos una del punto b) y en el cual no se obtuvo muestra biológica para confirmación de laboratorio.

a) Cataratas y/o glaucoma congénito, enfermedad cardíaca congénita, pérdida de la audición, retinopatía pigmentaria.

b) Púrpura, esplenomegalia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalitis, enfermedad radiolúcida de huesos, ictericia en las 24 hs. después del parto.

Medidas de prevención y control:

Según pautas internacionales (OPS/OMS) para la eliminación o erradicación

17. Tétanos

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente de cualquier edad, sin vacunación antitetánica vigente, con o sin antecedente de heridas (traumáticas, quirúrgicas, o de otro tipo) o inyectables, que presenta contracciones musculares dolorosas, espasmos localizados o generalizados a predominio cefálico, graves o que pueden ser inducidos o agravados por estímulos sensoriales.

En niños prepúberes y adultos la rigidez abdominal puede ser un elemento de sospecha de Tétanos.

Caso confirmado:

El diagnóstico es principalmente clínico. La confirmación del diagnóstico por de estudios de laboratorio es poco útil. En la mayoría de los casos no se aísla el germen en el sitio de la infección.

Medidas de prevención y control:

- Vacunación universal obligatoria incluida en el Programa Ampliado de Inmunizaciones de MSP con las siguientes vacunas de acuerdo a la edad: Pentavalente o DT (doble bacteriana de primoinoculación), DPT (triple bacteriana), dT (doble bacteriana para escolares y adultos). La vacunación de refuerzo en el adulto se indica cada 10 años sin límite máximo de edad.

- Educación a la población sobre los riesgos de las heridas cerradas, punzantes o contaminadas y la necesidad de mantener una adecuada inmunización antitetánica.

Ver en "Tétanos neonatal" inmunización de las mujeres en edad fértil.

18. Tétanos neonatal

Definición:

Caso sospechoso:

- Todo recién nacido que nace bien y succiona normalmente y que entre el 2º y 28º día de vida, presenta dificultades para succionar, llanto constante e irritabilidad; o

- Muerte por causa desconocida en recién nacido entre el 2º y 28º día de vida.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso, asociado a manifestaciones clínicas como: trismus, risa sardónica, opistótonos, crisis de contracturas, rigidez de nuca. No siempre se observan señales inflamatorias en el cordón umbilical. El diagnóstico es eminentemente clínico, no habiendo necesidad de confirmación laboratorial.

Medidas de prevención y control:

- Vacunación al 100 % de las mujeres en edad fértil, gestantes o no con vacuna dT (doble bacteriana de adulto).

- Control del embarazo y condiciones adecuadas del parto.

19. Cualquier enfermedad o evento sanitario de riesgo que se presente en forma inusitada

Debe notificarse toda enfermedad transmisible no incluida en la presente lista o evento sanitario que se manifieste en forma diferente a lo habitual, ya sea por el número de los casos, su gravedad, manifestaciones clínicas no frecuentes, aparición en poblaciones en las que no es común, o cualquier otra característica que pueda considerarse diferente o inusual.

Grupo B

Notificación dentro de la primera semana a partir de la sospecha de la enfermedad mediante comunicación telefónica, fax, telegrama, correo, correo electrónico o personalmente.

1. Accidente de trabajo y enfermedad profesional

Definición de caso a notificar:

Accidente laboral: Toda lesión que ocurra vinculada al proceso de trabajo.

Enfermedades profesionales: Las comprendidas como tales en el convenio 121 de OIT, con diagnóstico presuntivo o confirmado e independientemente de la condición de asegurado de enfermo.

Listado de enfermedades profesionales del convenio 121 de OIT:

- Neumoconiosis causada por polvos minerales esclerógenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicosis-tuberculosis siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.
- Bronconeumopatías a Id. causadas por el polvo de metales duros.
- Enfermedades broncopulmonares causadas por el polvo de algodón (bisinosis), de lino, de cañamo o de sisal.
- Asma profesional causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo.
- Alveolitis alérgicas extrínsecas y sus secuelas causadas por la inhalación de polvos orgánicos, según lo prescrito en la legislación nacional.
- Enfermedades causadas por el berilio (glucinio) o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el fósforo o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el manganeso o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el arsénico o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el mercurio o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el plomo o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el flúor o sus compuestos tóxicos.
- Enfermedades causadas por el sulfuro de carbono.
- Enfermedades causadas por los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos.
- Enfermedades causadas por el benceno o sus homólogos tóxicos.
- Enfermedades causadas por los derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos.
- Enfermedades causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico.
- Enfermedades causadas por los alcoholes, los glicoles o las cetonas.
- Enfermedades causadas por sustancias asfixiantes: óxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, hidrógeno sulfurado.
- Afección auditiva causada por el ruido.
- Enfermedades causadas por las vibraciones (afecciones de los tendones, de los huesos, de las articulaciones, de los vasos sanguíneos periféricos o de los nervios periféricos).
- Enfermedades causadas por el trabajo en aire comprimido.
- Enfermedades causadas por la acción de radiaciones ionizantes.
- Enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos no considerados en otras rubricas.
- Epiteliomas primitivos de la piel causados por el alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno o los compuestos, productos residuos de esas sustancias.
- Cáncer de pulmón o mesotelioma causados por el amianto.
- Enfermedades infecciosas o parasitarias contraídas en una actividad que implique un riesgo especial de contaminación.

2. Accidente de tránsito

Definición de caso:

Paciente asistido por lesiones ocasionadas en accidente de tránsito.

Se incluyen en esta categoría:

- Vuelco de vehículo
- Colisión de uno o más vehículos
- Atropellamiento de peatón por vehículo o por animal en la vía pública.

Se entiende por vehículo todo transporte terrestre a tracción humana (bicicleta, carro, etc.), animal o a motor de cualquier tipo. También se incluye trailer o acoplados y todo otro tipo de animal o elemento utilizado como transporte cuando circula por la vía pública urbana, suburbana o interurbana y en espacios públicos o privados en general.

Medidas preventivas y de control:

- Educación a la comunidad sobre los riesgos y normas de tránsito.
- Habilitación correspondiente para la conducción de vehículos de acuerdo con las características del mismo y la reglamentación vigente.
- Control de tránsito y cumplimiento de las normas.
- Medidas de señalización y mantenimiento adecuado de las calles, caminos y rutas.
- Control adecuado del estado y seguridad de los vehículos para su habilitación.
- Actualización y adecuación de las normas de tránsito.

3. Brucelosis humana

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente con clínica compatible (enfermedad de comienzo insidioso o agudo con fiebre continua, intermitente o irregular de variada duración, sudoración particularmente nocturna, escalofríos, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgias, y malestar generalizado) epidemiológicamente relacionado con casos sospechosos o confirmados de Brucelosis en animales o productos animales contaminados.

Caso probable:

Caso sospechoso de Brucelosis con test de Rosa Bengala positivo

Caso confirmado:

Caso sospechoso o probable de Brucelosis con confirmación de laboratorio por:

- Aislamiento de *Brucella* spp. en sangre, secreciones, médula ósea u otros tejidos, o
- Títulos elevados de anticuerpos (SAT \geq 160), o su aumento en una o más muestras de suero obtenidas luego del inicio de los síntomas.

Medidas de prevención y control:

Generales

- Educación a la población para evitar el consumo de leche cruda no pasteurizada.
- Educación de trabajadores rurales, de mataderos, frigoríficos y otros manipuladores de carne y productos de animales potencialmente infectados, sobre el uso de mecanismos de barrera y ventilación adecuada
- Control de la infección en el ganado.
- Pasteurización de la leche y productos lácteos de vacas, ovejas y cabras.

Control del paciente

- Aislamiento: precauciones con drenajes y secreciones.
- Investigación de contactos y fuentes de infección.

4. Carbunco

Definición:

Caso sospechoso:

- Cutáneo: lesiones cutáneas con evolución característica (pápula, vesícula y escara oscura rodeada por edema y vesículas secundarias)
- Infección por inhalación: síntomas iniciales mínimos e inespecíficos de vías respiratorias superiores que evolucionan a la insuficiencia respiratoria, fiebre y shock.

- Infección intestinal: malestar abdominal, fiebre y septicemia con antecedente de ingestión de alimentos contaminados.

Caso confirmado:

- Confirmación de la presencia de *Bacillus anthracis* en lesiones, sangre o secreciones mediante diferentes métodos de laboratorio:
- Frotis de exudado de pústula, escara o edema teñidos con azul de metileno policrómico (M'Fadyean)
- Cultivo de muestras de lesiones y hemocultivos (los resultados negativos de frotis o cultivo no excluyen el diagnóstico)
- Inoculación a ratones, cobayos o conejos

Medidas de prevención y control:

Generales

- Inmunización de personas expuestas
- Inmunización de animales sanos en riesgo.
- Control de polvo y ventilación adecuada en industrias que manipulan animales sin tratar.
- Adecuada higiene y desinfección de productos de origen animal antes de su procesamiento industrial
- Eliminación de materiales y productos contaminados.
- Desinfección o fumigación de materiales contaminados.
- Tratamiento de áreas contaminadas con cal viva o solución de lejía al 5 %

Control del paciente y fuente de infección

- Aislamiento: precauciones de drenaje y secreciones
- Desinfección del exudado de las lesiones y materiales contaminados
- Investigación de los contactos y la fuente de infección
- Tratamiento y vacunación de animales sintomáticos.

5. Enfermedad de Chagas

Definición:

Caso sospechoso:

Caso sospechoso de infección aguda: paciente con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico (edema bupalpebral, unilateral, indoloro, varios días de evolución, de coloración violácea, con adenopatía satélite preauricular: Signo de Romaña) o inespecífico (esplenomegalia o chagoma de inoculación: "roncha" violácea, indurada, indolora, no pruriginosa, de varios días de evolución) y que:

- reside o ha estado en zona endémica en los últimos 6 meses, o
- antecedentes de Contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico.

Chagas transfusional: Fiebre de etiología desconocida, adenopatías, hepatoesplenomegalia y con el antecedente de haber recibido una transfusión sanguínea en un lapso de un mes aproximadamente.

Caso sospechoso de Chagas congénito: niños de hasta 1 año de edad, hijo de madre con serología positiva para Chagas, sano o con ictericia, hepato-esplenomegalia, fiebre.

Caso confirmado:

Caso confirmado de infección aguda: caso sospecho confirmado por laboratorio (visualización del *Trypanosoma cruzi*)

Caso confirmado de Chagas congénito: hasta los 6 meses de edad se debe investigar obligatoriamente la presencia de *Trypanosoma cruzi*, ya que la serología puede ser positiva por transmisión pasiva de anticuerpos.

En niños mayores de 6 meses de edad: 2 técnicas serológicas diferentes positivas y que una de ellas sea ELISA o IFI.

Diagnóstico de laboratorio: la parasitología positiva directa (Strout, gota fresca, microhematocrito) son confirmatorias. Si el primer estudio resulta negativo se debe repetir la técnica.

La serología positiva para anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* (IgM) tiene carácter presuntivo. Para detección de IgG, se utilizan: inmunofluorescencia indirecta (IFI); prueba de hemaglutinación indirecta (IHA); prueba de aglutinación directa (DA) y Elisa.

Estas técnicas se aplican en fase aguda a partir del día 20 de adquirida la infección.

Medidas de prevención y control:

Generales

- Acciones de educación e información a la comunidad sobre la enfermedad, su modo de transmisión y los métodos de prevención.
- Planes para mejorar las viviendas y/o para la construcción adecuada de las mismas y otras instalaciones.
- La aparición de un caso debe dar lugar a las acciones de control vectorial y reforzamiento de la vigilancia entomológica.

Control del paciente

- Tratamiento específico del caso
- Búsqueda de infección aguda en los convivientes del caso.
- Investigación epidemiológica para la identificación de fuente de infección y medidas de control dependiente del tipo (domicilio, banco de sangre o maternidades).

6. Enfermedad de Creutzfeldt – Jakob (nvCJD) Encefalopatía espongiforme subaguda

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente que presenta:

- Demencia progresiva, y
- EEG atípico o no conocido, y
- Duración menor a 2 años, y
- Al menos 2 de los siguientes elementos clínicos: mioclonias, disturbios visuales o cerebelosos, disfunción piramidal / extrapiramidal, akinesia.

Caso confirmado:

- Caso sospechoso de CJD confirmado por anatomía patológica, y/o
- Inmunohistoquímica: confirmación de proteína amiloidea anormal (PrP) (Western blot).

Medidas de prevención y control:

- Evitar trasplante de tejidos procedentes de pacientes infectados.
- Esterilizar en autoclave instrumentos quirúrgicos u otros equipos contaminados con tejidos de pacientes infectados.
- Investigación de los contactos y la fuente de infección.

7. Exposición a contaminantes ambientales:

En este ítem en particular el objetivo es la notificación de eventos de exposición, no la intoxicación, cuya notificación está prevista en otro capítulo. (ver ítem 8: Intoxicaciones agudas”)

a. Plomo

Definición de caso:

Plombemia de 15 microgramos/dl o mayor, en persona de cualquier edad y sexo.

Medición realizada por cualquiera de los métodos analíticos en uso en el país (espectrofotometría de absorción atómica, o electroquímica)

b. Mercurio

Definición de caso:

Mercurio inorgánico en orina superior a 5 microgramos/gr de creatinina ó
Mercurio en orina superior a 10 microgramos/litro.

c. Plaguicidas: organofosforados y/o carbamato

Definición de caso:

Descenso de actividad de acetilcolinesterasa (plasmática, eritrocitaria o en sangre total) superior a 25% de la inicial basal.

8. Fiebre Q

Definición:

Caso sospechoso:

- Personas con antecedentes de exposición a la enfermedad y desarrollan síntomas similares a una gripe, neumonía, hepatitis o endocarditis.
- Paciente que presenta síntomas de la enfermedad aguda:
 - sintomatología similar a la gripe: fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular
 - neumonía, fiebre, tos, dolor torácico al respirar, dificultad para respirar
 - hepatitis, ictericia, heces del color de la arcilla, fiebre
- Paciente con síntomas de la enfermedad crónica:
 - fiebre prolongada, sudoración nocturna, escalofríos, fatiga y dificultad para respirar.

Caso confirmado:

Caso sospechoso de Fiebre Q confirmado por laboratorio a partir de la determinación de anticuerpos en la sangre del paciente. El un cultivo de la *Coxiella burnetii* (agente que causa la enfermedad) muy difícil realizar.

Medidas de prevención y control:

Educación a la comunidad sobre las posibles fuentes de infección.

Desinfección y eliminación de los productos de la concepción de los animales (placenta y líquidos placentarios)

Pasteurización de la leche y cocción de los alimentos

9. Fiebre tifoidea

Definición:

Caso sospechoso:

Todo individuo con fiebre persistente, que puede o no ser acompañada de uno o más de los siguientes signos y síntomas: cefalea, malestar general, dolor abdominal, anorexia, disociación pulso temperatura, constipación o diarrea, tos seca, roséolas tíficas (manchas rosadas en el tronco) o esplenomegalia.

Caso confirmado:

- Caso sospechoso confirmado por laboratorio con aislamiento del agente por hemocultivo, coprocultivo y/o reacción en cadena de la Polimerasa (PCR).
- Caso sospechoso confirmado por nexa epidemiológico con caso confirmado por laboratorio en el curso de un brote.

Medidas de prevención y control:

En relación al caso, se recomienda:

- precauciones entéricas,
- búsqueda activa de contactos,
- medidas de higiene personal y domiciliaria,
- no manipulación y preparación de alimentos,
- alta sanitaria después de la realización de tres coprocultivos, con resultado negativo, con intervalo de 30 días entre cada exámen.

En relación al saneamiento, se recomienda:

- garantizar agua de buena calidad para consumo humano,
- garantizar el destino y tratamiento adecuado de desechos y residuos sólidos.

En relación a los alimentos, se recomienda:

- cuidados higiénicos en la manipulación y preparación de alimentos.

10. Hepatitis A

Definición:

Caso sospechoso:

Todo caso compatible clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad. Afección de comienzo en general repentino, con fiebre, malestar general, anorexia, náusea y molestias abdominales, seguidas en pocos días de coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia). Son frecuentes las formas anictéricas con pocos o ningún síntoma, especialmente en niños.

Caso confirmado:

Caso sospechoso de hepatitis A confirmado por laboratorio por:

- presencia de anticuerpos IgM contra el virus de la hepatitis A (IgM anti-VHA) en el suero de los enfermos agudos o convalecientes, o- asociación epidemiológica con un caso confirmado.

Medidas de prevención y control:

Generales

- Sistemas de red de agua potable o adecuado tratamiento de agua para consumo y elaboración de alimentos
- Sistemas adecuados de eliminación de aguas servidas
- Educación a la comunidad sobre los riesgos de la enfermedad y la higiene personal, manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.
- Inmunización contra Hepatitis A (no incluida por el momento en los planes de vacunación del MSP) se puede aplicar partir del año de vida con indicaciones de acuerdo al riesgo y susceptibilidad de personas o grupos de personas

Control del paciente y de los contactos:

- Precauciones de tipo entérico, particularmente en las dos primeras semanas de la enfermedad.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.
- Inmunización pasiva: aplicación de inmunoglobulina a los contactos sólo en aquellos casos que determine la Secc. Enfermedades Transmisibles de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, en el curso de la investigación epidemiológica.
- Saneamiento adecuado e higiene personal, en particular al lavado de manos y eliminación sanitaria de las heces.
- Ambiente inmediato: uso de hipoclorito de sodio en limpieza de locales, sanitarios, vajillas, etc.
- Investigación y control de la fuente de infección si corresponde.

11. Hepatitis B, C y otras

Definición:

Caso sospechoso:

Todo caso compatible por clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad. Afección de comienzo insidioso (o agudo en el caso de la Hepatitis D), con anorexia, molestias abdominales vagas, náuseas y vómitos, fiebre leve o ausente, e ictericia. La ictericia es menos frecuente en los casos de Hepatitis C.

Pueden existir presentaciones clínicas leves y asintomáticas (detectables por pruebas de la función hepática), hasta casos fulminantes con necrosis hepática aguda.

Caso confirmado:

- Caso probable confirmado por laboratorio como Hepatitis B: por determinación de anti-HBs y anti-HbcIgM en la etapa aguda, en la forma crónica por determinación de HBsAg y ausencia de anti-HbcIgM.
- Caso probable confirmado por laboratorio como Hepatitis C: por determinación de anticuerpo en suero, contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC)
- Caso probable confirmado por laboratorio como Hepatitis D: por determinación de anticuerpo contra el virus de la hepatitis D (anti-VHD), o IgM anti-VHD, antígeno delta y ARN viral.

Medidas de prevención y control:

Generales

La inmunización contra el virus de la Hepatitis B a niños menores de un año integra el esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP (vacuna pentavalente) e inmunización a adolescentes con vacuna Hepatitis B.

Medidas de educación a la comunidad sobre los riesgos de la transmisión de estas enfermedades, especialmente en relación con la transmisión sexual, por transfusión, por el uso de agujas y jeringas no estériles u otros procedimientos en condiciones riesgo.

Aplicación de vacuna contra Hepatitis B (1ª dosis junto con inmunoglobulina específica anti-hepatitis B) de todo recién nacido hijo de madre HBsAg positiva en las primeras 12 horas del nacimiento.

Utilización exclusiva de material descartable (jeringas, agujas, etc.)

Control de donantes de sangre, órganos, tejidos y semen.

Control del caso y los contactos:

- Precauciones universales para evitar exposición a sangre y líquidos corporales.
- Desinfección concurrente del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes
- Personas no inmunizadas que sufren un accidente con exposición a sangre de una fuente positiva, deben recibir dentro de la primeras 24 horas de la exposición, inmunoglobulina específica anti-hepatitis B y 1ª dosis de vacuna anti-hepatitis B que se completará en los plazos correspondientes.

Contactos familiares de paciente con Hepatitis B:

- menores de 12 meses no vacunados: inmunoglobulina específica anti-hepatitis B e iniciar la vacunación.
- Vacunación de niños de un año o más no inmunizados.
- Vacunación de contactos sexuales del paciente o portador.
- Vigilancia e investigación epidemiológica de los casos de hepatitis postransfusional para aplicar medidas de control

12. Hidatidosis

Definición:

Caso sospechoso:

Debe sospecharse un caso de Hidatidosis frente al hallazgo de elementos quísticos (únicos ó múltiples) localizados en hígado, pulmón u otros órganos.

Aunque la vinculación del caso con aspectos epidemiológicos (áreas endémicas, trabajador rural, etc.) deben tomarse en cuenta cuando existen, su ausencia no excluye la sospecha diagnóstica.

Caso confirmado:

Caso sospechoso de Hidatidosis confirmado por:

- Serología: prueba de alta sensibilidad (ELISA o HAI) y confirmación con prueba de alta especificidad (DD5)
- Visualización de escolex eliminado a partir de un quiste o quiste fistulizado al exterior.
- Confirmación post-quirúrgica por radiografía, ecografía o tomografía.

Medidas de prevención y control:

Controles serológicos y/o ecográficos periódicos de poblaciones expuestas para la detección precoz de casos asintomáticos.

Educación e información a la comunidad sobre los riesgos y las medidas de prevención a nivel individual (medidas higiénicas personales y de los alimentos, evitar la convivencia y el contacto con los perros enfermos, etc.) y colectivo (interrupción del ciclo de transmisión evitando que los perros consuman vísceras crudas de animales faenados o muertos en el campo).

13. Lepra

Definición:

Caso sospechoso:

Todo paciente que presente una o más manchas cutáneas con definidos trastornos de la sensibilidad.

Caso confirmado:

Caso sospechoso de Lepra con confirmación bacteriológica o histológica y que no ha completado el tratamiento específico poliquimioterápico correspondiente.

Medidas de prevención y control:

- Asegurar la regularidad del tratamiento de los pacientes.
- Control de los contactos intradomiciliarios y comunitarios de riesgo, mediante examen clínico dermatológico periódico
- Educación sanitaria del paciente y personas convivientes.

14. Leptospirosis

Definición:

Caso sospechoso:

- Todo caso humano notificado como leptospirosis, hasta demostración de lo contrario por los resultados de la correspondiente investigación epidemiológica.
- Toda persona con signos y síntomas sugestivos de la enfermedad: cuadro febril agudo de instalación brusca, severo malestar general acompañado de fuertes mialgias (principalmente de miembros inferiores), cefaleas, congestión conjuntival ("ojo rojo") y menos frecuentemente trastornos digestivos, rash, ictericia, elementos de insuficiencia renal y fenómenos hemorrágicos, acompañados de antecedentes epidemiológicos compatibles.
- Toda persona que presente signos y síntomas de proceso infeccioso inespecífico, con antecedentes epidemiológicos sugestivos.

Caso confirmado:

Por criterio laboratorial

Todo caso sospechoso confirmado por una o más de las siguientes pruebas de laboratorio:

- Aislamiento de leptospiras patógenas durante la fase aguda de la enfermedad, obtenidas por cultivo de sangre (en los primeros 7 días) o del líquido cefaloraquídeo (del cuarto al décimo día) y de la orina después del décimo día.
- Serología positiva mediante la prueba de aglutinación microscópica (MAT), con aumento de 4 veces o más de los títulos entre la fase aguda y convalescente, con intervalo de 2 semanas o más entre las 2 muestras y estudiadas en el mismo laboratorio.
- En caso de disponer de una única muestra, un título serológico igual o superior a 1/800 en la MAT, confirma el diagnóstico. Los títulos comprendidos entre 1/50 y 1/800 deben ser interpretados en el marco de la situación clínicoepidemiológica del paciente.

Por criterio clínico-epidemiológico

- Todo caso sospechoso con clara evidencia de asociación epidemiológica.

Medidas de prevención y control:

Area rural:

- Protección individual de los trabajadores mediante el uso de calzado y vestimentas apropiadas (botas, delantal, guantes, antiparras, tapaboca) según la tarea que desempeñen.
- Higiene personal y del ambiente doméstico, impedir el ingreso de animales al interior de los domicilios así como a los galpones de producción o almacenamiento de alimentos.
- Higiene y desinfección en los locales de ordeño así como de las máquinas o instrumentos utilizados.
- Drenaje o relleno de terrenos bajos o fácilmente inundables
- Evitar nadar en cursos de agua que puedan estar contaminadas o utilizar la misma para consumo o uso doméstico.
- Control de roedores tanto de las especies sinantrópicas como de las silvestres.
- Evitar el acceso de los roedores a los alimentos, agua y abrigo.
- La indicación de la vacuna humana es limitada.
- La antibioticoprofilaxia no está indicada en la población en general.
- Educación y difusión a las poblaciones de riesgo.

Area urbana:

- Acciones permanentes para control de roedores.
- Disposición, colecta y eliminación de los residuos (recipientes apropiados, colecta permanente y

coordinada con la población, relleno sanitario correcto y en condiciones).

- Drenaje, canalizaciones, de cursos o espejos de agua que tiendan a provocar inundaciones o que representen posibles focos de esta enfermedad.
- Abastecimiento de agua por cañería.
- Adecuada eliminación de residuos líquido y aguas pluviales.
- Limpieza y desinfección de los domicilios que se inundan con solución de hipoclorito.
- Vacunación de la población canina. Ante la presencia de un animal de compañía con diagnóstico de leptospirosis, no corresponde la adopción de medidas diagnósticas, terapéuticas ni profilácticas del núcleo familiar. Se recomienda la consulta médica frente a la aparición de un cuadro clínico sospechoso.
- Vigilancia epidemiológica de las poblaciones consideradas de mayor riesgo como son los recolectores de basura, sanitarios, médicos veterinarios, controladores de plagas, etc.
- Educación y difusión a la población sobre las posibles formas de adquirir la enfermedad y como evitarla.

15. Malaria

Definición:

Caso sospechoso:

Todo individuo que presenta un cuadro febril y que reside o procede de área donde haya transmisión de Malaria o que haya recibido transfusión sanguínea en zonas endémicas, en período de 8 a 30 días antes del inicio de los síntomas.

Caso confirmado:

Caso sospechoso que tenga detección de plasmodio en frotis de sangre (Gota gruesa).

Medidas de prevención y control:

- Tratamiento inmediato de casos diagnosticados
- Orientación a la población en cuanto a la enfermedad, uso de repelentes, tejidos mosquiteros en puertas y ventanas, ropas protectoras, tules impregnados que viajen a zonas endémicas

16. Notificación negativa semanal de:

a. Enfermedad eruptiva febril

b. Parálisis flácida aguda

El Departamento de Epidemiología del MSP determinará aquellos servicios asistenciales que deberán notificar en forma semanal la ausencia de casos de estas enfermedades ausentes del país y la región, las cuales están incluidas en planes específicos de erradicación o eliminación internacional.

17. Paperas

Parotiditis infecciosa

Definición:

Caso sospechoso:

Enfermedad infecciosa de comienzo agudo que presenta tumefacción uni o bilateral, por lo general autolimitada a la glándula parótida y en ocasiones afecta a sublinguales o submaxilares, con una duración de 2 días o más y sin otra causa aparente.

Caso confirmado

Caso sospechoso de Paperas confirmado por el laboratorio por aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica o por anticuerpos IgM de parotiditis.

Caso sospechoso de Paperas confirmado por relación epidemiológica con otro caso confirmado.

Medidas de prevención y control:

Generales

La inmunización contra el virus de la Parotiditis infecciosa integra el esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP (vacuna pentavalente).

Control del paciente y los contactos

- Excluir al enfermo de la escuela o lugar de trabajo durante los primeros 9 días desde el comienzo de la enfermedad.
- Realizar desinfección concurrente de objetos contaminados con secreciones faríngeas.
- La inmunización después de la exposición a la enfermedad puede no proteger a los contactos. No se recomienda el uso de inmunoglobulina humana.

18. Riesgo nutricional

Definición de caso:

Todo recién nacido, niño o adolescente, embarazada o madre en período de lactancia en la cual se compruebe la existencia de factores de riesgo nutricional de acuerdo a las pautas establecidas por el MSP (División Salud de la Población)

Medidas de prevención y control:

De acuerdo a las circunstancias, edad y características se aplicarán diversas medidas recomendadas por el MSP:

- Promoción o reinducción de la lactancia materna con apoyo a la madre y seguimiento.
- Valoración nutricional de la madre.
- Incorporación a Plan de Seguimiento con identificación de historia clínica para atención preferencial
- Aporte de canasta de complemento alimentaria de Instituto Nacional de Alimentación (INDA)
- Suplementación con vitaminas y minerales o hierro vía oral.

19. Tos convulsa

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente que presenta accesos de tos paroxística seguida de estridor respiratorio, que pueden acompañarse de expulsión de mucosidad adherente y vómito, sin fiebre y con una duración mínima de 2 semanas. El cuadro puede no ser típico en niños menores de 6 meses de edad, en adolescentes y adultos.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio por aislamiento de *Bordetella pertussis* en secreción respiratoria o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio

Medidas de prevención y control:

Generales

La inmunización contra *Bordetella pertussis* integra el esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP (vacuna pentavalente).

Control del paciente y los contactos

- Aislamiento de secreciones respiratorias en los casos.
- Separar los casos sospechosos de los lactantes y los niños de corta edad, especialmente los no inmunizados, hasta que los pacientes hayan recibido antibióticos durante 5 días por lo menos, en un esquema mínimo de 10 días.
- Está indicada la quimioprofilaxis antibiótica en contactos, con o sin vacunación vigente.
- Evitar la concurrencia a escuelas, guarderías o jardines de infantes a los casos y a los contactos el núcleo familiar menores de 7 años de edad sin vacunación pentavalente o con vacunación incompleta, hasta cumplida la mitad del tiempo de quimioprofilaxis requerida.

20. Tuberculosis

Definición:

Caso sospechoso:

Caso sospechoso de Tuberculosis pulmonar:

- Tos y catarro persistente de más de 15 días (sintomático respiratorio).
- Expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico y dificultad para respirar.
- Rx pulmonar compatible

Caso sospechoso de Tuberculosis extrapulmonar:

- Los síntomas generales de la Tuberculosis extrapulmonar pueden ser similares a los de la pulmonar: fiebre, astenia, decaimiento, sudor nocturno, etc.
- A estos síntomas y signos se agregan los específicos para cada localización.
- Tuberculosis extrapulmonar severa (meningitis, formas miliares, pericarditis, peritonitis, pleuresía bilateral, intestinal, genital, urinaria, etc.)

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado de acuerdo a los siguientes criterios:

- TBC pulmonar confirmada por baciloscopia: baciloscopia positiva
- TBC pulmonar no confirmada por baciloscopia: baciloscopia negativa
- TBC extra-pulmonar

a. TBC pulmonar baciloscopia positiva: Es la forma más infecciosa de TBC por lo cual, desde el punto de vista epidemiológico, los pacientes que presentan esta forma constituyen las principales fuentes de contagio.

Se pueden presentar estas eventualidades:

- paciente con dos muestras de esputo positivas para bacilos ácidoalcohol resistentes (BAAR) (baciloscopías positivas)

- paciente con una muestra de esputo positiva para BAAR y decisión del médico de instituirle tratamiento anti-tuberculoso completo, basada en consideraciones clínicas, imagenológicas y epidemiológicas.

- paciente con una muestra de esputo positiva para BAAR cuyo cultivo para M. Tuberculosis resultare positivo

b. TBC pulmonar baciloscopia negativa: En esta categoría pueden incluirse las siguientes eventualidades:

- dos series, tomadas con un intervalo de 1 a 2 semanas, de por lo menos dos muestras de esputo que resulten negativas en el estudio baciloscópico

- paciente que cumple con los siguientes requisitos: estado grave, dos muestras de esputo negativas para BAAR y decisión del médico de instituirle tratamiento anti-tuberculoso completo, basada en consideraciones clínicas, imagenológicas y epidemiológicas.

- En estas dos eventualidades no hay confirmación bacteriológica:

TBC no confirmada bacteriológicamente

- la tercera eventualidad es un paciente con muestras de esputo inicialmente negativas para BAAR, en el cual, posteriormente, el cultivo de esputo que se había enviado inicialmente resulta positivo.

En esta última situación si bien la baciloscopia es negativa, la TBC se considera confirmada bacteriológicamente.

c. Tuberculosis extrapulmonar:

- Paciente con al menos un cultivo positivo de muestras obtenidas de localizaciones extrapulmonares. (Se incluye la TBC que afecta la pleura como localización extra-pulmonar).

- Paciente con estudio directo positivo para BAAR de muestras obtenidas de localizaciones extrapulmonares y decisión del médico de instituirle tratamiento anti-tuberculoso completo, basada en consideraciones clínicas, imagenológicas y epidemiológicas.

- Paciente con estudios histopatológicos y/o biológicos compatibles con el diagnóstico de TBC y decisión del médico de instituirle tratamiento anti-tuberculoso completo basada en consideraciones clínicas, imagenológicas y epidemiológicas.

Medidas de prevención y control:

- Detección de sintomáticos respiratorios y realización de baciloscopia.

- Tratamiento directamente observado que asegure la curación del enfermo según normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes).

- Vacunación BCG obligatoria de los recién nacidos cuyo peso sea igual o superior a los 2500 g. antes del alta de la maternidad, incluida en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

- Investigación de los contactos de enfermos bacilíferos

- Quimioprofilaxis a contactos y pacientes VIH positivos y otros grupos de riesgo (fibróticos pulmonares, inmunodeprimidos)

21. Varicela

Definición:

Caso sospechoso:

Paciente no vacunado que presenta enfermedad de inicio agudo caracterizada por la presencia de erupción papulovesicular generalizada y pruriginosa, sin otra causa aparente.

Caso confirmado:

- caso sospechoso de Varicela que tiene nexos epidemiológico con un caso confirmado o sospechoso, o
- caso sospechoso de Varicela confirmado por laboratorio por:
- aislamiento del virus del fluido de las vesículas,
- determinación de IgM por técnica de ELISA.
- aumento 4 veces de los títulos en la inmunoglobulina G específica, medida por cualquier prueba serológica habitual.

Medidas de prevención y control:

Generales

La inmunización contra Varicela se aplica a todos los niños al año de edad como parte del esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP.

Control del caso y los contactos

- Excluir a los enfermos de escuela, consultorios médicos y otros sitios públicos desde el inicio de la erupción hasta que se secan las vesículas.
- Evitar el contacto con personas susceptibles y en particular los inmunodeprimidos.
- Aplicación de inmunoglobulina específica anti-varicela, dentro de las primeras 96 horas luego de la exposición, a contactos con un mayor riesgo de complicaciones que la población general:
- Recién nacidos cuyas madres desarrollen varicela 5 días antes del parto hasta 2 días después del mismo.
- Niños inmunocomprometidos.
- Mujeres embarazadas susceptibles.
- Recién nacidos prematuros hospitalizados con más de 28 semanas de gestación, cuya madre tenga antecedentes negativos de varicela.
- Recién nacidos prematuros con menos de 28 semanas de gestación sin tener en cuenta la historia previa materna de varicela.

22. VIH/SIDA

Definición:

Caso sospechoso:

Personas que presentan enfermedades que indican inmunodeficiencias:

- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones
- Criptococosis con diarreas persistentes por más de un mes
- Isosporidiasis con diarreas persistentes por más de un mes
- Enfermedades por CMV de un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios linfáticos
- Herpes simple ulcero mucocutáneo que persiste por más de un año
- Sarcoma de Kapösi
- Linfoma primario en el cerebro
- Complejo Micobacterium Avium o Micobacteria kansasii diseminada (extrapulmonar, extranodular)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Encefalopatía VIH demencial
- Toxoplasmosis del cerebro
- Histoplasmosis diseminada (extrapulmonar, extranodular)
- Linfoma no Hodgkin, difuso, de alto grado (no segmentado inmunoblástico o pequeño)
- Neumonía linfoide intersticial en un niño
- Coccidioidomicosis diseminada (extrapulmonar, extranodular)
- Septicemia por salmonellas (recurrente)
- Tuberculosis extrapulmonar
- Síndrome de desgaste VIH
- Infecciones piogénicas bacterianas agudas, múltiples o recurrentes en niños

Criterio aplicable sólo en los casos de adultos:

- una prueba positiva para el VIH, más
- ausencia de otras causas de inmunodeficiencia (cáncer, tratamiento esteroideo o antitumorales)

En adultos se consideran SIDA las personas con un exámen VIH+ más la combinación de una o más infecciones clínicas, con un puntaje de 10 o más puntos, según el siguiente criterio:

Síntoma, signos o diagnósticos	Puntos
Sarcoma de Kapösi	6
Tuberculosis pulmonar no cavitaria o extrapulmonar	6
Candidiasis oral o Leucoplasia oral vellosa	3
Herpes zoster en < 60 años	3
Disfunción del S.N.C.	3
Diarrea por más de un mes	2
Fiebre por un mes o más	2
Caquexia con más del 10% de pérdida de peso	2
Astenia por un mes o más	2
Dermatitis persistente	2
Anemia, linfopenia y/o trombocitopenia	2
Infiltrados intersticiales difusos y/o bilaterales	2
Tos persistente	2
Otras formas de neumonía (no tuberculosa)	2
Linfadenopatía generalizada persistente	2

Caso confirmado:

Se exigen como mínimo dos tests de Elisa (+) que sean confirmados por alguna de las técnicas confirmatorias (Western Blot o I.F.I. o Liatek) como positivo.

Medidas de prevención y control:

- Educación a la comunidad sobre los riesgos de la enfermedad y las medidas de prevención (evitar conductas de riesgo, mantener relaciones sexuales seguras, uso de preservativo).
- Uso de material descartable para inyectables.
- Prevención de la transmisión prenatal y perinatal del HIV mediante control de las embarazadas y tratamiento en caso de ser positivas.
- Control de sangre, plasma y órganos de acuerdo a las normas vigentes.

Vigilancia por puestos centinela

El Departamento de Epidemiología determinará que algunas enfermedades de elevada incidencia y/o prevalencia se vigilen mediante la disposición e instalación de mecanismos de vigilancia (detección, confirmación diagnóstica y registro) en servicios asistenciales seleccionados en cada oportunidad por períodos pre establecidos.

En cada oportunidad se establecerán las definiciones correspondientes de “caso sospechoso”, “caso confirmado” y procedimientos correspondientes.

Ejemplo de estas enfermedades vigiladas por puestos centinelas son:

1. Influenza (Gripe)
2. Diarreas
3. ETS no SIDA