

***SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DEL PAÍS VASCO***

GUÍA DE NOTIFICACIÓN

Noviembre de 1996

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	40
OBJETIVOS.....	40
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN.....	41
ENFERMEDADES OBJETO DE DECLARACIÓN.....	42
• Botulismo.....	42
• Brucelosis.....	43
• Cólera.....	44
• Difteria.....	45
• Disentería (Shigella).....	46
• Fiebre amarilla.....	47
• Fiebre tifo-paratífica.....	48
• Gripe (Influenza).....	49
• Hepatitis víricas.....	50
• Infección gonocócica.....	52
• Infección meningocócica.....	53
• Legionelosis.....	54
• Lepra.....	55
• Paludismo.....	56
• Parotiditis.....	57
• Peste.....	58
• Poliomiелitis.....	59
• Rabia.....	61
• Rubéola.....	62
• Sarampión.....	64
• Sífilis.....	65
• Tétanos.....	66
• Tifus exantemático.....	68
• Tosferina.....	69
• Triquinosis.....	70
• Tuberculosis.....	71
• Varicela.....	72

INTRODUCCIÓN

Una de las principales tareas de la Salud Pública es el control de las enfermedades transmisibles en la comunidad. Aunque el desarrollo alcanzado por el sistema sanitario ha reducido el impacto de muchas enfermedades infecciosas, éstas continúan constituyendo un importante problema de salud. La incidencia en nuestro medio de enfermedades como la tuberculosis o el SIDA, la persistencia de brotes periódicos de sarampión, enfermedad meningocócica o de toxiinfecciones alimentarias hace imprescindible mantener una vigilancia epidemiológica adecuada.

El propósito del Sistema de Vigilancia Epidemiológica es proporcionar información rápida y fiable, que posibilite acciones destinadas al control y a la prevención de las enfermedades transmisibles, así como de otros procesos de tipo agudo o crónico en la Comunidad Autónoma del País Vasco, incluyendo la detección, el control y el estudio de brotes epidémicos así como de otras situaciones de alerta sanitaria. Esta conexión entre información y acción es el elemento principal que justifica la utilidad de la vigilancia epidemiológica, y ello implica que esta actividad deba ser parte integrante de la atención sanitaria y de la correcta práctica médica (declaración de casos, investigación y profilaxis de los contactos, programas de vacunación, etc.).

Otros objetivos de la vigilancia epidemiológica son: mantener un conocimiento actualizado y permanente de la situación de las principales enfermedades, identificar tendencias en el patrón epidemiológico, establecer las bases para la investigación y la actuación frente a enfermedades y nuevos problemas de Salud Pública.

OBJETIVOS

El objetivo de esta publicación es proporcionar unos criterios claros, precisos y comunes a todo el sistema sanitario vasco, que sirvan de orientación al clínico de cara a una homogénea notificación de las enfermedades transmisibles, así como contribuir a un adecuado control y vigilancia epidemiológica de las mismas.

Para cada enfermedad sujeta a notificación, se expone la definición clínica de caso, así como la clasificación de casos válida a efectos de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Uno de los primeros pasos para el control de una enfermedad transmisible consiste en una identificación rápida de los casos y notificación de forma adecuada basándose lógicamente en el diagnóstico clínico de sospecha. La transmisión rápida de esta información desde el médico declarante hasta niveles superiores puede permitir una identificación de casos con un origen común, que pudieran pasar desapercibidos en el nivel local.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

1. La *unidad temporal* de declaración sigue siendo la semana, de tal forma que se recogerán los casos detectados hasta las 24 h. del sábado.
2. La declaración se hará bajo sospecha clínica sin esperar confirmación de laboratorio.
3. En la *hoja epidemiológica semanal* (Anexo I) se consignará el número de casos que se han encontrado en el transcurso de la semana de las diferentes enfermedades. Es imprescindible cumplimentar los datos de identificación del médico declarante en la parte inferior del impreso. Dicha hoja se remitirá debidamente firmada incluso en el caso de no haber diagnosticado ninguna patología susceptible de declaración en esa semana.
4. Todas las enfermedades pertenecientes al grupo B implican la cumplimentación de una *hoja de declaración individual* (Anexo II). Para facilitar la recogida de datos sobre la declaración individual de una enfermedad, es conveniente consultar los apartados correspondientes a la misma contenidos en esta guía. Por otra parte, todas aquellas enfermedades incluidas en el apartado B1 se deben declarar, además, de forma urgente (por fax o teléfono) a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Delegación Territorial de Sanidad correspondiente. Esto no elude el envío y ratificación posterior de la declaración por escrito.
5. El conjunto de las hojas de declaración individual se grapará a la hoja epidemiológica de la semana correspondiente (Anexo I) para ser remitidas al final de cada semana epidemiológica.

ENFERMEDADES OBJETO DE DECLARACIÓN

Botulismo (CIE-9-MC 005.1)

Definición clínica de caso:

Botulismo alimentario: Enfermedad grave con manifestaciones clínicas del sistema nervioso principalmente: ptosis, visión borrosa, diplopia y parálisis flácida descendente y simétrica, que puede evolucionar a insuficiencia y parada respiratoria.

Botulismo del lactante (CIE-9-MC 008.4): Enfermedad del lactante que se caracteriza por estreñimiento, inapetencia e indiferencia, ptosis, dificultad a la deglución y aparición de debilidad progresiva, que puede evolucionar a insuficiencia y parada respiratoria.

Botulismo por heridas: Enfermedad con manifestaciones clínicas idénticas al botulismo alimentario, resultante de toxina producida por *Clostridium botulinum* que ha infectado una herida.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con ingesta de alimento sospechoso. En el caso del botulismo del lactante: en niños menores de 1 año. El botulismo de heridas se sospechará en paciente sin ingesta de alimento sospechoso y con una historia de herida contaminada 2 semanas antes del inicio de síntomas.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Formas clínicas:

- intoxicación alimentaria.
- botulismo del lactante.
- botulismo de las heridas.

Métodos de diagnóstico:

Botulismo alimentario: Detección de toxina botulínica en suero o heces del paciente, o aislamiento de *C. botulinum* en heces, o detección de toxina en alimento.

Botulismo del lactante: Detección de toxina botulínica en heces, o aislamiento de *C. botulinum* en heces.

Botulismo por heridas: Detección de toxina botulínica en suero, o aislamiento de *C. botulinum* en herida.

Factores de riesgo:

- consumo de conservas caseras.
- consumo de pescado crudo o ahumado.
- ingestión de miel y/o jarabe de maíz en lactantes.

Brucelosis (CIE-9-MC 023)

Definición clínica de caso: Enfermedad que se caracteriza por aparición aguda o insidiosa de fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, anorexia, astenia, pérdida de peso, cefaleas, artralgias, esplenomegalia y linfadenopatías.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con la ingesta de alimento sospechoso o que tiene contacto con animales infectados o asociado con un caso confirmado, o que cuenta con serología afirmativa (un único título de aglutinación > 160 en una o más muestras de suero).

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Métodos de diagnóstico:

- aislamiento del agente causal en hemocultivo.
- aislamiento del agente causal en cultivo de líquido sinovial.
- aislamiento del agente causal en cultivo LZR.
- aislamiento del agente causal en cultivo de otros fluidos orgánicos.
- seroconversión.
- detección de Ac. IgM por ELISA.

Factores de riesgo:

- consumo de leche o queso o derivados lácteos no pasteurizados.
- contacto con animales vivos.
- contacto con abortos, envolturas fetales, etc
- contacto con productos de laboratorio.
- otros (especificar).

Cólera (CIE-9-MC 001)

Definición clínica de caso: Enfermedad caracterizada por diarrea profusa, con heces muy líquidas de aspecto riciforme y deshidratación. La gravedad de los cuadros es muy variable.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso: Compatible con la definición clínica de caso.

Caso probable: Compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado o que procede de un área endémica.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Se considerará **caso importado** cuando se ha identificado en la encuesta del caso un antecedente de viaje a un país epidémico o endémico, en los cinco días anteriores a la fecha de comienzo de síntomas. **Caso autóctono** será aquél en que no se han podido determinar circunstancias de viaje o exposición conocida, siempre en el intervalo del período de incubación.

** Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Métodos de diagnóstico: Aislamiento de *Vibrio cholerae* perteneciente a los serogrupos O1 u O139 toxigénico (productor de toxina) en heces o vómitos.

Los nuevos criterios microbiológicos acerca de los vibriones valoran no sólo la presencia de aglutinaciones en las cepas aisladas, sino su capacidad toxigénica como características potenciales para producir epidemias. Tanto los aislamientos de *Vibrio cholerae* serogrupos O1 u O139, es imprescindible la detección de producción de toxina; en caso afirmativo se trata de casos de cólera con capacidad epidémica. En aislamientos de *Vibrio cholerae* serogrupo NO O1, es importante determinar la capacidad de producir toxina y en caso afirmativo nos encontramos frente a un caso de cólera con capacidad epidémica desconocida.

Factores de riesgo:

- desplazamiento a zonas endémicas y consumo de agua o alimentos contaminados (indicar país).
- caso importado (indicar origen del mismo).

Difteria (CIE-9-MC 032)

Definición clínica de caso: Enfermedad del tracto respiratorio superior caracterizada por dolor de garganta, fiebre moderada y una membrana adherente en la(s) amígdala(s), faringe, y/o nariz sin ninguna otra causa aparente.

Clasificación de casos:

Todos los casos deberán ser clasificados en sospechosos, probables o confirmados. Los casos confirmados, a su vez, deberán ser clasificados en autóctonos e importados.

Caso sospechoso: Presencia de laringitis o nasofaringitis o tonsilitis más pseudomembrana.

Caso probable: Caso sospechoso más uno de los siguientes hallazgos:

- reciente contacto con caso confirmado (< 2 semanas).
- epidemia de difteria actualmente en la zona.
- estridor.
- hinchazón/edema de cuello.
- petequias hemorrágicas en submucosa o piel.
- shock tóxico.
- insuficiencia renal aguda.
- miocarditis y/o parálisis motora de 1 a 6 semanas antes del inicio de los síntomas.
- muerte.

Caso confirmado: Caso probable más aislamiento de cepa toxigénica de *Corynebacterium diphtheriae* de un lugar típico (nariz, garganta, úlcera cutánea, herida, conjuntiva, oído), o aumento de cuatro veces o más de antitoxina en suero, pero sólo si ambas muestras de suero han sido obtenidas antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina.

La enfermedad causada por el *C. ulcerans* y *C. diphtheriae* no-toxigénico es excluida de esta definición de caso.

* *Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Métodos de diagnóstico: Aislamiento de *C. diphtheriae* de una muestra clínica; si el cultivo es negativo puede ser criterio diagnóstico el aumento de cuatro veces o más de antitoxina en suero, pero sólo si ambas muestras de suero han sido obtenidas antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina.

Factores de riesgo:

- desplazamiento a zonas endémicas en situación de no protección vacunal (indicar país).
- caso importado (indicar origen del mismo).

Disentería (Shigella) (CIE-9-MC 004)

Definición clínica de caso: Enfermedad de gravedad variable caracterizada por diarrea (pudiendo estar acompañada de sangre y/o moco y/o pus), fiebre, náuseas, dolor abdominal y tenesmo. Pueden ocurrir infecciones asintomáticas.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Clínicamente compatible, sobre todo si está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado.

Caso confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

Métodos de diagnóstico:

- coprocultivo.
- otros (especificar).

Factores de riesgo:

- antecedente de ingesta de alimento sospechoso en los últimos 4 días.
- antecedente de consumo de agua no tratada o agua de la red pública que ha sufrido averías u otras incidencias en los últimos 4 días.
- otros (especificar).
- no se conoce factor de riesgo.

Fiebre Amarilla (CIE-9-MC 060)

Definición clínica de caso: Comienzo brusco con fiebre seguido de una breve remisión de los síntomas y una recurrencia de fiebre, acompañada de hepatitis y albuminuria. En algunos casos fallo renal, shock y hemorragias generalizadas.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad clínicamente compatible en paciente que provenga de una zona endémica.

Caso confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y está confirmado por laboratorio.

** Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Métodos de diagnóstico:

- seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente, descartando antecedentes recientes de vacunación y reacciones cruzadas con otros flavivirus.
- demostración del virus de la fiebre amarilla, antígeno o genoma en tejidos, sangre o cualquier fluido corporal.

Factores de riesgo:

- desplazamiento a zonas endémicas en situación de no protección vacunal (indicar país).
- caso importado (indicar origen del mismo).

Fiebre tifo-paratífica (CIE-9-MC 002.0-002.3)

Definición clínica de caso: Fiebre elevada continua, malestar general, anorexia, cefaleas, bradicardia relativa, tos no productiva, manchas rosáceas en el tronco, estreñimiento o diarrea.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Clínicamente compatible, sobre todo si está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado.

Caso confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

Métodos de diagnóstico:

- coprocultivo.
- hemocultivo.
- otros (especificar).

Factores de riesgo:

- antecedente de desplazamiento en las últimas 4 semanas (indicar país).
- antecedente de ingesta de alimento sospechoso en las últimas 4 semanas.
- antecedente de consumo de agua no tratada o agua de la red pública que ha sufrido averías u otras incidencias en las últimas 4 semanas.
- otros (especificar).
- no se conoce factor de riesgo.

Gripe (CIE-9-MC 487)

Definición clínica de caso: Enfermedad caracterizada por comienzo brusco con fiebre elevada ($\geq 38^\circ$), cefalea, malestar general, artromialgias, odinofagia, coriza y tos.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad clínicamente compatible, sobre todo en situación epidémica.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Hepatitis víricas

Hepatitis A (CIE-9-MC 070.0, 070.1)

Hepatitis B (CIE-9-MC 070.2, 070.3)

Hepatitis C (CIE-9-MC 070.41, 070.51)

Otras Hepatitis víricas (CIE-9-MC 070.6, 070.9); hepatitis delta (CIE-9-MC 070.42, 070.52); hepatitis E (CIE-9-MC 070.43, 070.53).

Definición clínica de caso: Enfermedad con un comienzo insidioso de los síntomas (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y elevación en el suero de las transaminasas (GOT, GPT).

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Caso clínicamente compatible en una persona que presenta datos de laboratorio relacionados con hepatitis como aumento de las transaminasas más de 8 veces su límite superior normal, sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática, o bien cumple la definición clínica y es un contacto de un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: Cumple la definición clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

Métodos de diagnóstico:

Hepatitis A: detección de Ig M frente al virus de la hepatitis A en suero.

Hepatitis B: Ig M anti Hbc y AgHBs positivo.

Hepatitis C: detección de anticuerpos anti VHC.

Hepatitis Delta: detección de HDAg y/o títulos elevados de anti-VHD y/o IgM anti-VHD en pacientes con HBsAg positivo.

Hepatitis E: Ac. anti-VHE positivo.

Factores de riesgo:

Hepatitis A:

- asistencia o trabajo en guardería, colegio de preescolar o institución cerrada.
- contacto familiar con niños o trabajadores de las instituciones anteriores.
- contacto con un caso confirmado o sospechoso de hepatitis A.
- antecedente de desplazamiento reciente al extranjero (indicar país).
- antecedente de ingesta de marisco crudo.
- antecedente de ingesta de verduras crudas.
- antecedente de consumo de agua no tratada o agua de la red pública que ha sufrido averías u otras incidencias.
- otros (especificar).
- no se conoce factor de riesgo.

Hepatitis B:

- recién nacido de madre enferma o portadora.
- contacto familiar con un caso confirmado o sospechoso de hepatitis B.
- inoculación percutánea accidental con material potencialmente contaminado con VHB.
- contacto con material potencialmente contaminado con VHB a través de mucosas o heridas en piel.
- residente o trabajador en institución cerrada.
- interno en una institución penitenciaria.
- antecedente de transfusión sanguínea o hemoderivados.
- tratamiento con hemodiálisis.
- personal sanitario en contacto con sangre o hemoderivados.
- usuario de drogas por vía endovenosa.
- paciente con múltiples parejas sexuales.
- permanencia prolongada en una zona de alta endemia.
- Homo o bisexual activo.
- antecedente de desplazamiento a países de alta endemia (indicar país).
- otros (especificar).
- no se conoce factor de riesgo.

Hepatitis C:

- recién nacido de madre enferma o portadora.
- antecedente de transfusión sanguínea.
- tratamiento con hemodiálisis.
- personal sanitario en contacto con sangre o hemoderivados.
- usuario de drogas por vía endovenosa.
- paciente con múltiples parejas sexuales.
- Homo o bisexual activo.
- Otros (especificar).
- No se conoce factor de riesgo.

Infección Gonocócica (CIE-9-MC 098)

Definición clínica de caso: existen diversas formas clínicas de los trastornos inflamatorios localizados causados por *Neisseria gonorrhoeae*:

- **Uretritis:** Después de 2 a 5 días (a veces, hasta 14 días) del contacto sexual sospechoso, aparición de escozor uretral, disuria (sensación cortante) y eritema del meato, con exudado que, clásicamente, es espeso, purulento y de color amarillo-verdoso, pero que puede ser también escaso y claro.
- **Cervicitis:** Después de 2 a 10 días del contacto sexual contagiante, aparición de leucorrea, disuria, sangrado uterino intermenstrual. Puede existir exudado mucopurulento cervical, uretral, de las glándulas periuretrales o de las glándulas de Bartholino. En el 50% de las ocasiones es asintomática.
- **Proctitis:** Tras coito anal receptivo, aparición de prurito anal, exudado mucopurulento, sangrado rectal escaso, dolor rectal, tenesmo y estreñimiento.
- **Faringitis:** Tras contacto orogenital, aparición de dolor o molestias faríngeas, en ocasiones inflamación amigdalar y linfadenopatía cervical. En el 90% de las ocasiones es asintomática.
- **Conjuntivitis neonatal (oftalmía neonatorum):** Después de 2 a 5 días del parto, aparece de forma aguda, profuso exudado mucopurulento conjuntival, en ocasiones con edema orbital.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad compatible con las definiciones clínicas de caso.

Caso confirmado: Enfermedad compatible clínicamente y confirmada por laboratorio.

Infección meningocócica (CIE-9-MC 036)

Definición clínica de caso: Se puede presentar como meningitis y/o meningococemia que puede progresar rápidamente a púrpura fulminante, shock y muerte. La meningitis meningocócica suele tener un comienzo brusco con fiebre, cefalea intensa, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y eventualmente petequias.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Compatible con la definición clínica de caso y presencia de alguna prueba de laboratorio de presunción (detección de Ag en fluidos normalmente estériles o presencia de diplococos gram-negativos intracelulares en LZR) u otras pruebas bioquímicas.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por aislamiento en laboratorio.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento de *Neisseria meningitidis* en un sitio normalmente estéril (sangre, LZR,...).

Legionelosis (CIE-9-MC 482.8)

Definición clínica de caso:

Enfermedad del legionario: Enfermedad respiratoria aguda con signos focales de neumonía, fiebre, cefalea y mialgias. Alrededor de un tercio de los casos desarrollan diarrea y vómitos y la mitad de ellos pueden presentar confusión mental y delirio.

Fiebre de Pontiac: Síndrome febril agudo autolimitado.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Compatible con la definición clínica de caso y/o resultado positivo en alguna de las siguientes pruebas de laboratorio:

- título alto (>256) de Ac. frente a *Legionella pneumophila* SG1 en un suero tomado en la fase convaleciente.
- Seroconversión (aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más a partir de 128), frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella* distinto de *L. pneumophila* SG1, por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad.
- tinción directa de la bacteria en secreciones respiratorias o tejido pulmonar, por fluorescencia directa con anticuerpos mono o policlonales frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella*, incluido el SG1.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Formas clínicas:

- Enfermedad del legionario.
- Fiebre de Pontiac.

Métodos de diagnóstico:

- aislamiento.
- seroconversión (*L. pneumophila* SG1).
- antígeno en orina (*L. pneumophila* SG1).
- tinción directa.
- título alto (>256) en suero único (*L. pneumophila* SG1).
- seroconversión (otras sp y SG).

Factores de riesgo:

- alteración de los mecanismos de defensa respiratoria (tabaco, alcohol, etc.).
- enfermedad respiratoria crónica.
- antecedente de hospitalización.
- antecedente de desplazamiento en los 15 días anteriores (indicar país).
- exposición a un sistema de distribución de aire o agua (aire acondicionado, calefacción, ducha, etc.).

Lepra (CIE-9-MC 030)

Definición clínica de caso: El diagnóstico de un caso de lepra se basa en la demostración de al menos 2 de los 3 primeros signos cardinales enumerados a continuación:

- lesiones cutáneas características.
- pérdida de la sensibilidad.
- engrosamiento de los nervios en los lugares de predilección.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad compatible clínicamente.

Caso confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

Formas clínicas:

- lepra paucibacilar.
- lepra multibacilar.

Métodos de diagnóstico:

- presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en frotis cutáneos.
- presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en biopsia.

Paludismo (CIE-9-MC 084)

Definición clínica de caso: Fiebre intermitente con escalofríos que por lo regular se acompaña de cefalalgia, náuseas y que termina con sudoración profusa. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso en un residente o visitante de una región con paludismo endémico.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Formas clínicas:

- paludismo producido por *Plasmodium falciparum*.
- paludismo producido por *P. vivax*.
- paludismo producido por *P. malariae*.
- paludismo producido por *P. ovale*.

Métodos de diagnóstico:

- demostración de los parásitos del paludismo en sangre periférica.

Factores de riesgo:

- desplazamiento a zona endémica (indicar país).

Parotiditis (CIE-9-MC 072.9)

Definición clínica de caso: Enfermedad caracterizada por la aparición aguda de hinchazón unilateral o bilateral, sensible al tacto y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares cuya duración es >2 días y sin que haya otras causas aparentes.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Concuerda con la definición clínica de caso, sin confirmación virológica o serológica, y no está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado.

Caso confirmado: Todo caso que está confirmado por laboratorio o que concuerda con la definición clínica de caso y está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no es necesario que concuerde con la definición clínica de caso. Dos casos probables que están epidemiológicamente relacionados deberán ser considerados confirmados, aún en ausencia de confirmación de laboratorio.

Con el fin de valorar la interrupción de la transmisión indígena del virus, es importante clasificar a los casos en autóctonos e importados.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica, o aumento significativo en el nivel de anticuerpos de parotiditis mediante un método serológico estándar, o test positivo serológico de Anticuerpos IgM de parotiditis.

Peste (CIE-9-MC 020)

Definición clínica de caso: Enfermedad que se caracteriza por fiebre y leucocitosis y alguno de los signos y síntomas siguientes presentes en las principales formas clínicas:

- Linfadenitis regional (peste bubónica).
- Septicemia sin signos de bubón (peste septicémica).
- Neumonía (peste neumónica).
- Faringitis y linfadenitis cervical (peste faríngea).

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad compatible clínicamente en una persona procedente de zona endémica con resultados presuntivos de laboratorio (un único título elevado de anticuerpos en ausencia de antecedentes de inmunización, o demostración del antígeno en muestras de sangre, aspirado de bubón o tejido, mediante técnicas de enzimoimmunoanálisis -ELISA- o inmunofluorescencia -FA-).

Caso confirmado: Concuerda con la definición clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

** Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Formas clínicas:

- peste bubónica.
- peste septicemia.
- peste neumónica.
- peste faríngea.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento de *Yersinia pestis* de una muestra clínica, o seroconversión por hemaglutinación pasiva.

Factores de riesgo:

- desplazamiento a zona endémica (indicar país).

Poliomielitis (CIE-9-MC 045)

Definición clínica de caso: Inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA), incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré, en un niño menor de 5 años en el que ninguna otra causa puede ser identificada.

Caso compatible: Todo caso de PFA con parálisis residual de 60 días o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces a las dos semanas después de iniciados los síntomas para ser examinadas por laboratorio.

Caso confirmado: Todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus salvaje de cualquiera de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto. Una vez confirmado el caso y, de acuerdo a las recomendaciones de la O.M.S, este se clasificará en: *caso indígena* de poliovirus salvaje, *caso importado* de poliovirus salvaje y *caso asociado a la vacunación* (todo caso de PFA en la que el virus aislado es virus-vacunal y ningún otro agente etiológico puede ser identificado como causa de la enfermedad. Debe haber una historia previa de administración de VOP dentro de un plazo de 7-30 días antes de la aparición de síntomas, o haber tenido contacto con un individuo recientemente inmunizado, dentro de un plazo de 7-60 días antes de la aparición de los síntomas).

Caso no-polio (descartado): Todo caso de parálisis flácida aguda en la que al menos se han recogido dos muestras adecuadas de heces en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas, siendo los resultados negativos para poliovirus. Se guardarán alícuotas de las muestras en laboratorio para su uso futuro. Para tener la seguridad de esta categorización, alícuotas de muestras de pacientes que hayan muerto, o que se haya perdido su pista, o que hagan una parálisis residual a los 60 días, deberán ser examinadas en otros dos laboratorios. Si los resultados son todos negativos el paciente será considerado como “no-polio” y el caso será descartado.

** Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Formas clínicas:

- infección inaparente.
- poliomiélitis abortiva.
- poliomiélitis no paralítica.
- poliomiélitis paralítica.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento e identificación de poliovirus en heces en laboratorio. La O.M.S. recomienda que el diagnóstico de laboratorio de poliomielitis se realice mediante aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorios especializados que utilicen técnicas de cultivo celular.

Rabia (CIE-9-MC 071)

Definición clínica de caso: Presencia en la persona humana de una encefalomiелitis que cursa con fiebre, cefalea, alteraciones sensoriales, parálisis y convulsiones. Hay espasmo de los músculos de la deglución cuando se intenta tragar, lo que provoca miedo a beber agua (hidrofobia). Progresa a coma y muerte por parálisis respiratoria en un plazo de 10 días después de la aparición de los primeros síntomas.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad compatible clínicamente y antecedente de agresión por un animal sin que la agresión sea debida a una provocación previa y siempre que en la agresión haya contacto con la saliva del animal.

Caso confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

** Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Métodos de diagnóstico:

- aislamiento del virus en cultivo celular o animal de laboratorio en muestras procedentes de saliva, líquido cefalorraquídeo o tejido del sistema nervioso central, o detección de antígenos víricos por el método de inmunofluorescencia directa en una muestra clínica (preferentemente del cerebro o nervios que circundan los folículos pilosos de la nuca o de impresiones corneales), o
- identificación de anticuerpos neutralizantes en suero o líquido cefalorraquídeo de una persona no vacunada con título > 5.

Factores de riesgo:

- antecedente de mordedura (por animales domésticos o salvajes).
- exposición laboral (veterinarios, personal de laboratorio, guardas forestales, etc.).

Rubéola (CIE-9-MC 056)

Definición clínica de caso: Enfermedad caracterizada por los siguientes hallazgos clínicos:

- comienzo agudo de exantema generalizado maculopapular.
- fiebre >37,3° C.
- artralgia/artritis o linfadenopatía o conjuntivitis.

Los casos con hallazgos compatibles con la definición de caso de sarampión son excluidos. También son excluidos los casos con serología compatible con infección reciente por el virus del sarampión.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Coincidente con los criterios de definición clínica de caso, sin confirmación virológica o serológica, y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: Todo caso que está confirmado por laboratorio o con hallazgos de la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Con el fin de valorar la interrupción de la transmisión indígena del virus, los casos se clasificarán en autóctonos e importados.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento del virus de la rubéola, o, aumento significativo en el nivel de anticuerpos frente a rubéola mediante un método serológico estándar, o, test positivo serológico de Anticuerpos IgM de rubéola.

Síndrome de Rubéola Congénita (CIE-9-MC 771.0)

Definición clínica de caso: Enfermedad del recién nacido como consecuencia de una infección de rubéola intra-útero y que se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Cataratas/glaucoma congénito, enfermedad cardíaca congénita, pérdida de audición, retinopatía pigmentaria.
- Síntomas asociados pueden ser: púrpura, esplenomegalia, ictericia, microcefalia, retraso mental, meningo-encefalitis, osteopatía.

Clasificación de casos:

Caso posible: Caso con algún hallazgo incluido en la definición clínica pero que no cumple los criterios de caso compatible.

Caso compatible: Caso no confirmado por laboratorio y que registra dos complicaciones cualquiera de las relacionadas en el apartado a) anterior, o una del apartado a) y otra del b).

Caso confirmado: Caso clínicamente compatible confirmado por laboratorio.

Se considerará caso evitable al observado en un niño cuya madre estuviera no vacunada sin ninguna causa que lo justifique o hubiese sido previamente testada y reconocida como susceptible a rubéola.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento del virus de la rubéola, o, demostración de anticuerpos IgM específicos de rubéola, o, un nivel de anticuerpos de rubéola en el niño que se mantiene por encima y más allá de lo esperado, como consecuencia del traspaso pasivo de anticuerpos de la madre al niño (es decir, un título IH de rubéola que no disminuye al ritmo esperado de una dilución doble al mes).

Factores de riesgo:

- embarazo en mujeres no vacunadas.

Sarampión (CIE-9-MC 055)

Definición clínica de caso: Enfermedad caracterizada por los siguientes hallazgos clínicos:

- rash generalizado de duración >3 días.
- fiebre >38,3° C.
- tos, o coriza, o conjuntivitis.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Cumple con los criterios de definición clínica de caso, sin confirmación virológica o serológica, y no está epidemiológicamente relacionado con un caso sospechoso/probable o confirmado.

Caso confirmado: Todo caso que está confirmado por laboratorio o que concuerda con la definición clínica de caso y está epidemiológicamente relacionado con un caso sospechoso/probable o confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no es necesario que concuerde con la definición clínica de caso. Dos casos sospechosos/probables que están epidemiológicamente relacionados deberán ser considerados confirmados, aún en ausencia de confirmación de laboratorio.

Con el fin de valorar la interrupción de la transmisión indígena del virus, es importante clasificar a los casos en autóctonos e importados.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento del virus del sarampión a partir de especímenes clínicos, o, aumento significativo en el nivel de anticuerpos frente a sarampión mediante un método serológico estándar, o, test positivo serológico de Anticuerpos IgM de sarampión.

Sífilis (CIE-9-MC 090-097)

Definición clínica de caso: Es una treponematosi aguda y crónica, que puede ocasionar una clínica muy variable. La enfermedad evoluciona en fases:

Sífilis primaria: Alrededor de dos semanas después del contagio, aparece una lesión erosivo-ulcerativa única, muy superficial, indurada, no dolorosa, en el lugar de la inoculación, que constituye el llamado chancro sifilítico. Se localiza en la zona del contacto sexual (normalmente en los genitales, boca o ano). Va acompañado de adenopatías regionales. Alrededor de un mes más tarde, el chancro remite espontáneamente.

Sífilis secundaria: Después de seis semanas de la desaparición del chancro, aparecen las manifestaciones generalizadas de la sífilis. Estas son debidas a la diseminación hematogena del treponema. La manifestación más precoz es la roséola sifilítica (exantema generalizado, no pruriginoso, ni descamativo y recidivante, que afecta al tronco y raíz de los miembros). Desaparece espontáneamente en el plazo de un mes.

Después de 4 a 12 meses del comienzo de la enfermedad pueden aparecer las sífilides (pápulas indoloras, no pruriginosas e induradas) y las afectaciones viscerales (óseas, hepáticas, articulares, adenopatías, etc.). Estas lesiones pueden ir acompañadas de sensación de mal estado general y fiebre.

Sífilis tardía: Suele aparecer después de 10 a 30 años de haberse contagiado. Se caracteriza por manifestaciones cutáneo-mucosas (gomas superficiales y profundas), como también, por afectaciones viscerales (cardio-vasculares o neurológicas).

La **sífilis latente** es el período de la enfermedad en que el agente etiológico se encuentra en la persona infectada, sin producir síntomas ni signos clínicos. Las pruebas serológicas, sí detectan anticuerpos frente al treponema.

Se denomina a la sífilis primaria y secundaria como sífilis benigna, ya que cursa con lesiones curables que no dejan cicatriz. La sífilis tardía es grave, cursa con lesiones destructivas y, aunque pueden curar con tratamiento correcto, deja secuelas graves.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable:

Sífilis primaria y secundaria: Enfermedad clínicamente compatible con pruebas serológicas inespecíficas positivas.

Sífilis tardía: Enfermedad clínicamente compatible con este período y pruebas serológicas inespecíficas y/o treponémicas positivas.

Neurosífilis delante de algunas de estas circunstancias: Proceso de un año o más de evolución con alteración del LZR (aumento de leucocitos y proteínas), pero con V.D.R.L. negativo. Presencia de síntomas o signos clínicos de neurosífilis, que no se puedan explicar por otras etiologías.

Sífilis latente: Paciente asintomático, con serología treponémica positiva, que no presenta sífilis primaria, ni secundaria, ni tardía.

Caso confirmado: Enfermedad clínicamente compatible, confirmada por laboratorio.

Tétanos (CIE-9-MC 037)

Tétanos neonatal (CIE-9-MC 771.3)

Definición clínica de caso: Enfermedad caracterizada por una hipertoniía y/o contracción muscular dolorosa (generalmente de los músculos de la mandíbula y cuello) de comienzo agudo y espasmo muscular generalizado sin otra causa médica aparente.

Clasificación de casos:

Caso confirmado: Un caso que cumple la definición clínica de caso.

TÉTANOS NEONATAL la definición de caso será:

Caso sospechoso:

- antecedentes de succión y llanto anormales en los dos primeros días de la vida.
- antecedentes de aparición de la enfermedad entre los 3 y 28 días de edad.
- antecedentes de incapacidad de succionar, seguida de entumecimiento y/o "convulsiones".

Caso probable/confirmado: caso sospechoso y, tras un reconocimiento físico, hallazgos típicos tales como: incapacidad de succionar (trismus), y/o entumecimiento (rigidez muscular generalizada), y/o "convulsiones" (espasmos musculares).

Formas clínicas:

- forma local.
- tétanos generalizado.
- tétanos neonatal.

Métodos de diagnóstico: El diagnóstico de tétanos se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. La historia epidemiológica puede también ayudar al diagnóstico. Aumentos significativos de antitoxina circulante no se detectan generalmente en el tétanos y no pueden ser utilizados para establecer un diagnóstico. El aislamiento del organismo de una herida así como la ausencia de niveles de antitoxina circulante de 0.01 UI/ml o mayores pueden establecer el diagnóstico de tétanos.

Tifus exantemático (CIE-9-MC 080)

Definición clínica de caso: Comienzo repentino con fiebre, escalofríos, cefalea, algias generalizadas, postración y erupción macular que no afecta a plantas de manos y pies.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad clínicamente compatible en personas que se encuentren en zonas de catástrofes o guerras, o procedan de zonas endémicas.

Caso confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y está confirmado por laboratorio.

** Es una enfermedad objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S.*

Métodos de diagnóstico:

- detección de IgM por inmunofluorescencia indirecta. En la enfermedad de Brill-Zinsser los anticuerpos iniciales son IgG.
- seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente por inmunofluorescencia o fijación de complemento.

Factores de riesgo:

- desplazamiento a zonas endémicas (indicar país).
- caso importado (indicar origen).

Tosferina (CIE-9-MC 033.0)

Definición clínica de caso: Enfermedad catarral con tos de 2 semanas de duración, con uno de los siguientes síntomas: paroxismos de tos, estridor inspiratorio y convulsivo, vómito postusígeno y ausencia de otras causas aparentes. Esta definición es apropiada para casos endémicos o esporádicos. En caso de brotes, un caso puede definirse como toda enfermedad catarral de al menos 2 semanas de duración.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Todo caso que concordando con la definición clínica de caso, no está confirmado por laboratorio y no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: Caso clínicamente compatible confirmado por laboratorio o epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Métodos de diagnóstico: Aislamiento de *Bordetella pertussis* de una muestra clínica. Debido a la baja sensibilidad y a la especificidad variable que han demostrado tener las pruebas de inmunofluorescencia directa de secreciones nasofaríngeas, éstas no deberán emplearse como criterio de confirmación por laboratorio, si bien pueden utilizarse como diagnóstico presuntivo rápido.

Triquinosis (CIE-9-MC 124)

Definición clínica de caso: Los síntomas y signos más comunes incluyen eosinofilia, fiebre, mialgia y edema periorbital.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Compatible con la definición clínica de caso y relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado o que se sepa ha comido carne sospechosa.

Caso confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y está confirmado por laboratorio. En caso de brote, al menos un caso debe ser confirmado por el laboratorio.

Métodos de diagnóstico: Presencia de larvas de *Trichinella spiralis* en biopsia de músculos, o serología positiva (seroconversión o aumento cuádruple o más de título de Ac en dos muestras del paciente en fase aguda y convaleciente) a *T. spiralis* por inmunofluorescencia.

Factores de riesgo:

- antecedente de ingesta de carne (cerdo, jabalí, caballo, etc.) cruda o insuficientemente cocida.

Tuberculosis (CIE-9-MC 010-018)

Definición clínica de caso: Se considera caso de tuberculosis a todo paciente que cumpla los dos criterios siguientes:

- Presencia de signos o síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa cuando no hay evidencia de otra enfermedad que los explique y se ha llevado a cabo una evaluación diagnóstica completa.
- Prescripción de tratamiento con dos o más fármacos antituberculosos.

Clasificación de casos:

Caso confirmado bacteriológicamente: Se considerará como tal, aquél que presente criterios diagnósticos de laboratorio.

Caso no confirmado bacteriológicamente: Se considerará como tal, aquél que, sin tener criterios diagnósticos de laboratorio, cumpla los criterios de definición clínica de caso.

Los casos de TB pulmonar, sean confirmados bacteriológicamente o no, se clasificarán a su vez en **bacilíferos** o **no bacilíferos** de acuerdo a los resultados de la microscopía directa de una muestra de esputo espontáneo o inducido. Los casos que sólo presentan microscopía positiva en material procedente del lavado gástrico o broncoalveolar, no serán considerados bacilíferos.

Formas clínicas:

- pulmonar.
- pleural.
- meníngea.
- otras (especificar).

Métodos de diagnóstico:

- baciloscopia de esputo.
- cultivo de esputo.
- baciloscopia de otro tipo de muestra.
- cultivo de otro tipo de muestra.
- biopsia.
- RX tórax.
- Mantoux.
- otros (especificar).

Factores de riesgo:

- Contacto reciente con caso de TBC.
- VIH+/SIDA.
- ADVP.
- Silicosis y otras neumoconiosis.
- Terapia inmunosupresora.
- Alcoholismo.
- Hemodializado.
- Otros (especificar).
- No se conoce factor de riesgo.

Varicela (CIE-9-MC 052)

Definición clínica de caso: Comienzo repentino con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y erupción cutánea de tipo máculo-papular durante unas horas que se evolucionan a vesículas durante 3 ó 4 días y posteriormente a costras granulares. Las diversas fases coexisten y las lesiones son superficiales.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: Enfermedad clínicamente compatible.

Caso confirmado: Caso confirmado por laboratorio o que reúne criterios clínicos de definición de caso y está ligado a un caso confirmado o probable. Dos casos probables epidemiológicamente relacionados pueden ser considerados confirmados en ausencia de confirmación de laboratorio.