

ÁREA **1** **EPIDEMIOLOGÍA**

MÓDULO **1.1** **Vigilancia Epidemiológica**

UNIDAD **1.1.1** **Definiciones Epidemiológicas de Casos**

1
Epidemiología

2
Programas De Salud

3
Salud Ambiental

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y / O NEUROLOGICO	5
1-. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	5
1.1-.INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES AGUDAS	
RINOFARINGITIS AGUDA	5
1.2-. SINUSITIS AGUDA	
1.3-. FARINGITIS AGUDA (J02)	
1.4-. AMIGDALITIS AGUDA (J03)	5
2-. LARINGITIS AGUDA Y TRAQUEITIS AGUDA	6
2.1-. TRAQUEÍTIS AGUDA	6
2.2-. LARINGOTRAQUEÍTIS	6
3-. LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS Y EPIGLOTITIS AGUDA (J05)	6
3.1-. LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS AGUDA (J05.0) SINDROME DE CROUP	6
3.2-. EPIGLOTITIS AGUDA (J05.0) (EMERGENCIA MÉDICA)	6
4-. INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES AGUDAS DE MÚLTIPLES SITIOS Y SITIOS SIN ESPECIFICAR (J06)	7
5-. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFERIORES AGUDAS (J20-J22)	7
5.1-. BRONQUITIS (J20)	7
5.2-. BRONQUITIS AGUDA O SUBAGUDA (CON BRONCOESPASMO U OBSTRUCCIÓN) (J20.9)	7
5.3-. BRONQUIOLITIS (J21)	7
6-. INFECCIÓN RESPIRATORIA INFERIOR AGUDA SIN ESPECIFICAR (J22)	7
7-. SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS)	7
8-. TUBERCULOSIS (TB) (A15-A19)	8
9-. SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR)	9
10-. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)/ INFLUENZA (J10-J11)	9
11-. TOSFERINA (A37)	11
12-. NEUMONÍAS (J12-J18)	11
13-. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE:	11
14-. MENINGITIS VIRAL (A87)	12
15-. MENINGITIS BACTERIANA (G00)	13
16-. MENINGITIS MENINGOCÓCCICA (A39.0)	14
17-. MENINGOCOCCEMIA (A39.9)	14

ENFERMEDADES ZONÓTICAS

1-. ENCEFALITIS DEL OESTE DEL NILO (WEST NILO VIRUS (A92.3) EN HUMANO	16
1.1 ENCEFALITIS EQUINA (A92) (Venezolana, Este) EN HUMANO	16
2-. BRUCELOSIS (A23.9) EN HUMANOS	17
3-. LEPTOSPIROSIS (A27) EN HUMANOS	17
4-. RABIA (A82) EN HUMANOS	18
5-. MORDEDURA SOSPECHOSA DE RABIA EN HUMANOS (A82)	19
6-. LEISHMANIASIS VISCERAL EN HUMANOS (B55)	19
7-. EPIZOOTIAS	20
8-. PESTE (A20)	20
9-. ENFERMEDAD DE CHAGAS (B 57)	21
10-. EMPONZOÑAMIENTO OFIDICO (X20, W59)	22

ENFERMEDADES FEBRILES ICTÉRICAS-HEMORRAGICAS

1-. HEPATITIS VIRALES	22
1.1-. HEPATITIS AGUDA TIPO A (B 15)	22

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

1.2-. HEPATITIS AGUDA TIPO B (B 16)	23
1.3-. OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS (B 17)	24
2-. HEPATITIS AGUDA TIPO C (B 17.1)	24
3-. HEPATITIS E (17.2)	26
4-. HEPATITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (B 19)	26
5-. FIEBRE AMARILLA (A 95)	27
6-. FIEBRE DENGUE (A90)	28
7-. DENGUE GRAVE (A91)	28
8-. FIEBRE HEMORRÁGICA VENEZOLANA (A96.8)	29

ENFERMEDADES DE TRANSMISION HIDRICA

1-. COLERA (A00)	29
2-. DIARREAS (A08 – A09)	30
2.1-., DIARREAS POR ROTAVIRUS: (Hospitales Centinelas)	31
3-. AMIBIASIS (A06)	31
4-. FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)	32
5-. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) N° BROTES DE ETA	33

ENFERMEDADES INMUNO-PREVENIBLES.

1-. VIRUELA	34
2-. PAROTIDITIS (B26)	34
3-. TÉTANOS NEONATAL (A33)	34
4-. DIFTERIA: (A36)	35
5-. SARAMPIÓN SOSPECHA (B05) RUBÉOLA (B06)	35
6-. VARICELA (B01)	36
7-. PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA) (G82.0)	37
8-. SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITO - SRC (P35.0)	37

OTRAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

1-. SIFILIS CONGÉNITA (A50)	38
2-. ENFERMEDAD VIH/SIDA (B20 – B24)	38
3-. INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS (T60)	39
4-. CARBUNCO O ANTRAX (10 A 22)	40

BIBLIOGRAFIA	41
--------------	----

INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Epidemiología a través de su Dirección de Vigilancia Epidemiológica ha producido el Manual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), que enfatiza los procedimientos a seguir para la Definición de Casos y para el procesamiento y análisis de las Fichas de Investigación, que es un esfuerzo por optimizar las capacidades del sistema de vigilancia en cuanto a oportunidad, veracidad, suficiencia y calidad de los datos para la necesaria toma de decisiones.

El comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en el país ha sufrido grandes cambios como resultado del desarrollo y ejecución de estrategias de atención que han privilegiado el accionar de los principios constitucionales de accesibilidad, universalidad y equidad. El concepto de medicina integral viene a ser el colofón de todo este esfuerzo por acercar eficiente y eficazmente la prevención y la promoción de la calidad de vida a los espacios de la comunidad. En este sentido, este manual aspira a contribuir a mejorar la capacidad de respuesta del equipo de salud ante aquellos eventos que puedan impactar la salud colectiva en términos de daños y riesgos. El aporte, por supuesto, necesitará del aporte entusiasta y esperanzador de todos ustedes, que desde sus espacios cotidianos deberán no solo desarrollar capacidades propias de la vigilancia epidemiológica sin perder el norte, la gente de este país, que protagónicamente participará de todos los esfuerzos por tener un un país donde la dignidad sea la gran meta a alcanzar cada día.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y/O NEUROLÓGICO

1.-INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA):

Las IRA son infecciones del aparato respiratorio, con evolución menor a 15 días, causadas tanto por virus como por bacterias; que se presentan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre.

Pueden presentarse clínicamente en cualquier edad como Gripe o Influenza, Resfriado común o catarro de vías respiratorias superiores, Faringitis, amigdalitis, traqueítis y laringitis o Neumonías y bronquiolitis (en menores de 2 años) con manifestaciones clínicas severas y los síntomas y signos varían de acuerdo con cada uno de los diagnósticos mencionados.

En Venezuela, **para efectos de notificación epidemiológica**, las IRA solo incluyen los diagnósticos correspondientes a los códigos J00-J08 y J20-J22 de la X Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE-10) relacionados, respectivamente, con infecciones respiratorias agudas de vías superiores (J00-J08) e infecciones respiratorias agudas de vías inferiores (J20-J22)

Por tanto, las Gripes o Influenza agrupadas en los códigos J09-J11 de la CIE-10 y las "Neumonías", agrupadas en los códigos J12-J18 de la CIE-10, no se consideran Infecciones Respiratorias Agudas para efectos de la notificación en Venezuela.

CASO SOSPECHOSO: persona con signos y síntomas respiratorios, acompañados o no de fiebre y compatible con alguna de las entidades diagnósticas incluidas en los códigos J00-J06 y J20-J22 de la CIE-10.

1.1.- INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES AGUDAS: (J00-J06)

RINOFARINGITIS AGUDA (CATARRO O RESFRIADO COMÚN) (J00.0)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta cuadro clínico caracterizado principalmente por la presencia de estornudos, rinorrea, cefalea, congestión nasal y goteo postnasal, lagrimeo, picor o dolor de garganta, rinorrea posterior, tos, cansancio y malestar general, cuyos síntomas generalmente se resuelven espontáneamente en 7 a 10 días, pudiendo mantenerse hasta por tres semanas.

1.2.- SINUSITIS AGUDA (J01)

CASO SOSPECHOSO: persona que cursa con enfermedad bifásica caracterizada por secreción nasal purulenta, dolor a nivel de los senos paranasales, por lo general unilateral y mala respuesta a descongestionantes.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

1.3.- FARINGITIS AGUDA (J02)

CASO SOSPECHOSO: Persona que presenta inflamación de la mucosa que reviste la faringe, generalmente caracterizada por dificultad para la deglución, amígdalas inflamadas y fiebre.

1.4.- AMIGDALITIS AGUDA (J03)

CASO SOSPECHOSO: Persona que presenta inflamación de una amígdala palatina o de ambas, caracterizada clínicamente por la presencia de dolor de garganta, otalgia, cefalea, malestar general, fiebre y adenopatías.

2.- LARINGITIS AGUDA Y TRAQUEÍTIS AGUDA (J04)**2.1.- LARINGITIS AGUDA (J04.0)**

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta inflamación de la laringe (cuerdas vocales) con inicio típicamente por la noche, generalmente asociada a disfonía o afonía temporal, fiebre y adenopatías cervicales.

2.2.- TRAQUEÍTIS AGUDA (J04.1)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta inflamación aguda de la traquea, caracterizada clínicamente por la presencia de "tos perruna", irritación de garganta, afonía, malestar general y dificultad respiratoria.

2.3.- LARINGOTRAQUEÍTIS (J04.2)

CASO SOSPECHOSO: persona que desarrolla inflamación de la laringe y la traquea, caracterizada generalmente por presencia de tos "perruna", cambios en el tono de voz y signos de dificultad respiratoria (estridor inspiratorio) con presencia o no de fiebre.

3.- LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS Y EPIGLOTITIS AGUDA (J05)**3.1.- RINOTRAQUEOBRONQUITIS AGUDA (J05.0) SINDROME DE CROUP**

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta enfermedad caracterizada principalmente por tos seca que asemeja el ladrido de un perro, dificultad para inspirar (estridor) y afonía

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

secundaria a inflamación de la laringe alrededor de las cuerdas vocales y vías aéreas superiores con estrechamiento de las vías respiratorias.

3.2.- EPIGLOTITIS AGUDA (J05.0) (EMERGENCIA MÉDICA)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta súbita inflamación de la epiglotis y músculos aritenoides con obstrucción de las vías aéreas superiores que pone en peligro la vida, con estridor repentino precedido por fiebre, tiraje inspiratorio, salivación y babeo característicos.

4.- INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES AGUDAS DE MÚLTIPLES SITIOS Y SITIOS SIN ESPECIFICAR (J06)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta signos y síntomas compatibles con inflamación localizada en varios sitios o en sitios no especificados de las vías aéreas superiores, acompañadas o no de fiebre.

5.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFERIORES AGUDAS (J20-J22)**5.1.- BRONQUITIS (J20)**

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta inflamación de las vías aéreas principales caracterizada clínicamente por la presencia de dolor torácico, tos productiva, fiebre, dificultad respiratoria (sibilantes), que aumentan con el esfuerzo o actividad leve.

5.2.- BRONQUITIS AGUDA O SUBAGUDA (CON BRONCOESPASMO U OBSTRUCCIÓN) (J20.9)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta inflamación de las vías aéreas principales caracterizada clínicamente por la presencia de dolor torácico, tos productiva, fiebre, dificultad respiratoria (sibilantes) que aumenta con el esfuerzo o actividad leve.

5.3.- BRONQUIOLITIS (J21)

CASO SOSPECHOSO: persona, fundamentalmente lactante menor de 2 años de edad, que presenta inflamación de las vías aéreas (bronquiolos), caracterizada clínicamente la presencia de secreción nasal, tos y dificultad para respirar, con o sin fiebre, precedido por una infección respiratoria alta, como por ejemplo, rinofaringitis u otitis media.

6.- INFECCIÓN RESPIRATORIA INFERIOR AGUDA SIN ESPECIFICAR (J22)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta signos y síntomas compatibles con inflamación localizada en varios sitios o en sitios no especificados de las vías aéreas inferiores, acompañadas o no de fiebre.

7.- SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS)

CASO CLÍNICO: todo individuo que presente:

1. Una historia de fiebre, o fiebre documentada
2. Uno o más síntomas de enfermedad del tracto respiratorio inferior (tos, dificultad para respirar, disnea)
3. Prueba radiográfica de infiltrados pulmonares compatibles con neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo, o resultados de la autopsia conformes con la patología de la neumonía o el síndrome de distrés respiratorio agudo sin causa identificable.
4. Ningún otro diagnóstico puede explicar plenamente la enfermedad.

CASO CONFIRMADO: individuo que respondiera a la definición de caso clínico de SRAS o bien hubiera trabajado en un laboratorio que manejara coronavirus del SRAS vivos o almacenara muestras clínicas infectadas por ese virus, en el cual se ha determinado por laboratorio una infección por coronavirus del SRAS, en base a los siguientes criterios diagnósticos:

- A) Prueba de reacción en cadena de la polimerasa de transcriptasa inversa convencional (RT-PCR) y de PCR de transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR en tiempo real) para detectar la presencia de ARN viral en::
1. Al menos dos muestras clínicas diferentes (Ej. nasofaríngea y fecal).
 2. La misma muestra clínica recolectada en 2 o más ocasiones durante el curso de la enfermedad (Ej. aspirados nasofaríngeos secuenciales).
 3. En un nuevo extracto de la muestra clínica inicial que haya dado positivo en dos pruebas diferentes o repita la RT-PCR/RT-PCR en tiempo real en cada realización de la prueba.
 4. En cultivos de virus de cualquier muestra clínica.
- B) Prueba inmunoabsorbente ligada a enzimas (ELISA) y prueba inmunofluorescente (IF)
1. Prueba de anticuerpos negativa en sueros recolectados durante la fase aguda de la enfermedad seguida por una prueba de anticuerpos positiva en sueros de fase convaleciente, realizadas simultáneamente.
 2. Cuadruplicación o aumento mayor del título de anticuerpos contra el coronavirus del SRAS entre una muestra de suero de fase aguda y una muestra de fase convaleciente (sueros pareados), examinadas simultáneamente.

8.- TUBERCULOSIS (TB) (A15-A19)

TUBERCULOSIS: enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch (BK). Afecta preferiblemente a los pulmones originando la TUBERCULOSIS PULMONAR. Puede localizarse en otras partes del cuerpo como los ganglios, pleura, aparato génito-urinario, meninges y otros. Una forma muy grave es la TUBERCULOSIS MILIAR (forma diseminada por vía hematógena) y la MENINGITIS TUBERCULOSA a las cuales los niños sin vacuna BCG son más susceptibles. El *Mycobacterium bovis* también puede producir enfermedad tuberculosa, especialmente al consumir leche de vaca no hervida ni pasteurizada, o vísceras provenientes de animales enfermos con tuberculosis.

9.- SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR)

Todo consultante de primera vez, de 15 años o más de edad, que consulta por cualquier causa en un establecimiento de salud y al interrogatorio dirigido manifiesta presentar: tos, expectoración y/o hemoptisis de 2 o más semanas de evolución.

CASO SOSPECHOSO:

TB: Toda persona con diagnóstico epidemiológico y clínico de TB establecido por médico especialista.

TB PULMONAR: Toda persona que cumple con la definición de **Sintomático Respiratorio**.

CASO PROBABLE: Toda persona con diagnóstico epidemiológico y clínico de TB establecido por médico especialista, con Radiografía y/o Tomografía Computarizada patológicos e inclusive estudios anatomopatológicos compatibles con tuberculosis.

CASO CONFIRMADO:

TB PULMONAR con demostración bacteriológica (Serie P)



Tuberculosis Bacilífera

- A) Dos baciloscopías positivas o
- B) Una baciloscopía positiva y radiografía patológica.



Tuberculosis Pulmonar con cultivo positivo.

- A) Una baciloscopía negativa y 2 cultivos positivos, o
- B) Una baciloscopía negativa, un cultivo positivo y radiografía patológica.



Tuberculosis Extrapulmonar (Serie EP)

- A) Con demostración bacteriológica (directo ó cultivo positivo)

c) Radiografía y/o Procedimientos de Imagenología compatibles con el Diagnóstico de Tuberculosis.


10- ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)/ INFLUENZA (J10-J11)


CASO CLÍNICO: persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0°C) cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, rinorrea), en ausencia de otros diagnósticos.


CASO SOSPECHOSO: individuo que presenta cuadro clínico caracterizado por


- ✓ Aparición súbita de síntomas generales y respiratorios.
- ✓ Fiebre (Temperatura igual o mayor a 38°C)
- ✓ Al menos 1 de los siguientes síntomas generales: cefalea, mialgias, astenia.
- ✓ Al menos 2 de los siguientes síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, rinorrea.
- ✓ Ausencia de otros diagnósticos.


CASO CONFIRMADO:

 **Criterio de Laboratorio:** Todo caso sospechoso en quien se identifica virus influenza A, B y C e Influenza A (H1N1) 2009 a partir de muestras de secreción/tejido de vías respiratorias mediante:

 **Cultivo Celular** (Aislamiento de virus de la influenza a partir de secreciones o material de lavado de la faringe o la nariz). Inmunofluorescencia Directa (Reconocimiento directo de antígenos víricos en células y secreciones nasofaríngeas)

 **Criterio Epidemiológico (Nexo Epidemiológico):** Todo caso sospechoso de **ETI/Influenza** con antecedentes de exposición continuada a menos de dos metros de distancia o convivencia con casos sospechosos o confirmados de Influenza, dentro de los siete (7) días precedentes a la aparición de sus signos y síntomas:

 **Exposición comunitaria:** Personas que residen en áreas geográficas con circulación confirmada de virus de Influenza y que por esa causa tienen alta probabilidad de contacto con casos sospechosos o confirmados de infección por virus de Influenza.

 **Exposición en instituciones que concentran población:** Personas que permanecen diariamente en instituciones que concentran población por razones de trabajo, de estudio, de entrenamiento militar, hogares, clínicas de larga estancia, etc.; en donde hayan tenido exposición a individuos con sospecha de infección o infección confirmada por virus Influenza.



Exposición en establecimientos de salud: personal de salud que trabaje en establecimientos de atención médica y que intervengan en el manejo o cuidado directo de pacientes con infección por virus de influenza, tales como: personal de consultas de triaje respiratorio, de epidemiología, de laboratorio, de unidades de cuidados intensivos, salas de autopsia, emergencias, etc., que no hayan cumplido las medidas de bioseguridad indicadas para prevenir la infección.



Contacto estrecho domiciliario: Personas con exposición continuada, a menos de dos metros de distancia o convivencia, con individuos con manifestaciones activas de la enfermedad, clasificados como casos sospechosos o confirmados de infección por virus de Influenza.

11- NEUMONÍAS (J12-J18)

CASO CLÍNICO: persona de cualquier edad que presente dificultad al respirar, acompañada de fiebre y tos, con uno o más de los siguientes síntomas: ataque al estado general, dolor torácico y dificultad para respirar.

CASO SOSPECHOSO: una persona que cumple con la definición de caso clínico.

Para fines de notificación se entiende como neumonía cualquiera de los siguientes diagnósticos clínicos: neumonía, neumonía lobar, neumonía basal, bronconeumonía, neumonía bacteriana, neumonía viral, neumonía atípica, etc.

CASO PROBABLE: persona que cumple con la definición de caso sospechoso y cuya radiología muestra una imagen de opacidad homogénea (lobar o segmentaria) y heterogénea (lobulillar) y/o alteración de exámenes de laboratorio: cuenta y fórmula blanca y VSG.

CASO CONFIRMADO: todo caso sospechoso/probable en el cual se identifica el agente etiológico asociado mediante pruebas específicas (Criterio de laboratorio), siendo los mas frecuentes:

1. Virus: en muestras de secreción/tejidos de vías respiratorias obtenidos mediante hisopado/aspirado nasal, faríngeo o nasofaríngeo, punción o autopsia (Cultivo de Virus Respiratorios, PCR, Inmunofluorescencia Directa, etc.)
2. Bacterias: Aisladas mediante hemocultivo (20-30% de las neumonías) o cultivo de líquido pleural, etc.

12- INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE

Corresponde a casos con definición de infección respiratoria aguda que presentan dificultad respiratoria por compromiso de tracto respiratorio inferior, con o sin enfermedades

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

concomitantes, y con indicación de manejo hospitalario (IRAG), por lo tanto es una clasificación de condición clínica del paciente.

CASO CLÍNICO: persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0°C), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria (que se explica cómo definición técnica en el aparte correspondiente de esta guía).

CASO SOSPECHOSO: toda persona que cumpla con alguno de los siguientes criterios:

- ✓ Presente cuadro compatible con definición de caso clínico de Enfermedad tipo Influenza más dificultad respiratoria y/o diagnóstico de Neumonía
- ✓ Presente cuadro compatible con definición de caso clínico de Enfermedad tipo Influenza y que requiera ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro clínico que presenta (neumonía, falla multiorgánica, shock séptico).
- ✓ Durante su permanencia en el hospital presente cuadro compatible con definición de caso clínico de Enfermedad tipo Influenza más dificultad respiratoria y/o diagnóstico de Neumonía
- ✓ Ingrese para atención hospitalaria por Neumonía sin especificación de una causa conocida.

13-. MENINGITIS VIRAL (A87)

CASO CLÍNICO: persona que cursa con cuadro clínico caracterizado por fiebre de aparición súbita (temperatura > ó igual 38.5°C rectal ó 38.0° C axilar), cefalea y/o rigidez de nuca acompañada de dos o más de las siguientes manifestaciones:

- ✓ Náuseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Fotofobia
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Abombamiento de fontanelas (en menores de 1 año)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta enfermedad compatible con definición de caso clínico.

CASO PROBABLE: caso sospechoso que: cumple con uno de los siguientes criterios:



Criterio de Laboratorio: caso sospechoso que cumple una o más de las siguientes condiciones al examen del Líquido Cefalorraquídeo: (LCR):

- Examen Citoquímico compatible con infección viral
- Incremento moderado de células: Leucocitos aumentados (< de 500/mm³) con predominio de linfocitos. (>50%).
- Incremento moderado de proteínas (> 50 mg/dl)
- Glucosa dentro de límites normales
- Examen Directo: No se evidencian bacterias



Criterio Epidemiológico

- Evidencia de contacto con caso confirmado por laboratorio

CASO CONFIRMADO: todo caso sospechoso o probable en donde se obtiene

- Aislamiento Viral positivo a partir de cultivos celulares
- Identificación de secuencias del genoma Viral mediante PCR a partir de *muestra estéril* (Sangre, LCR)
- **En caso de Brote o Epidemias, la definición de Caso Confirmado incluye al Caso Probable** en el cual se evidencia contacto con caso confirmado por laboratorio (nexo epidemiológico).

14-. MENINGITIS BACTERIANA (G00)

CASO CLÍNICO: persona que cursa con cuadro clínico caracterizado por fiebre de aparición súbita (temperatura. > ó igual 38.5 °C rectal ó 38.0 °C axilar) acompañada de uno o más de las siguientes manifestaciones::

- Cefalea
- Náuseas
- Vómitos
- Signos Meníngeos: Rigidez de Nuca, Alteración de la conciencia, etc.
- Abombamiento de fontanelas (en menores de 1 año)

CASO SOSPECHOSO: persona que cursa con enfermedad compatible con la definición de caso clínico.

CASO PROBABLE: caso sospechoso que: cumple con una o más de las siguientes condiciones al examen del LCR:

- ✓ Características Físicas: Turbidez
- ✓ Examen Citoquímico compatible con infección bacteriana:
 - Incremento moderado de células: Leucocitos aumentados (> de 100/mm³) con neutrofilia
 - Leucocitos entre 10-100/mm³ y elevación de proteínas (> 100 mg/dl) o disminución de la glucosa (< 40 mg/dl)
- ✓ Exámen Directo: Detección de bacterias Gram Negativas o Gram Positivas intracelulares o extracelulares



Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

CASO CONFIRMADO: un caso sospechoso o probable que cumple al menos con uno de los siguientes Criterios de Laboratorio:

- ✓ Identificación de secuencias del genoma bacteriano mediante PCR a partir de muestra estéril (Sangre, LCR)
- ✓ Aislamiento bacteriano mediante cultivo *de muestra estéril* (Sangre, LCR)

En caso de Brote o Epidemias, la definición de Caso Confirmado incluye al Caso Probable:

- ✓ Que presente LCR con neutrofilia más aumento de proteínas e hipogluorraquia
- ✓ En el cual se evidencia contacto con caso confirmado por laboratorio (nexo epidemiológico).

15- MENINGITIS MENINGOCÓCCICA (A39.0)

CASO CLÍNICO: persona que cursa con cuadro clínico caracterizado por fiebre de aparición súbita (temperatura. > ó igual 38.5°C rectal ó 38.0 °C axilar) acompañada de uno o más de las siguientes manifestaciones:

- ✓ Cefalea
- ✓ Náuseas ó Vómitos
- ✓ Signos meníngeos Rigidez de Nuca, Otros
- ✓ Abombamiento de fontanelas (en menores de 1 año)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta enfermedad compatible con definición de caso clínico.

CASO PROBABLE: caso sospechoso que: cumple por lo menos con una de las siguientes condiciones al examen del LCR:

- ✓ Características Físicas: Turbidez
- ✓ Examen Citoquímico compatible con infección bacteriana:
 - Leucocitos aumentados (> de 100/mm³) con predominio de neutrófilos.
 - Leucocitos entre 10-100/mm³ y elevación de proteínas (> 100 mg/dl) o disminución de la glucosa (< 40 mg/dl)
- ✓ Examen Directo: que evidencia la presencia de diplococos Gram negativos intracelulares en muestras de LCR

CASO CONFIRMADO: un caso sospechoso o probable con aislamiento de *Neisseria meningitidis* a partir de cultivo de muestra estéril (Sangre, LCR) **y/o** identificación de antígenos en LCR mediante PCR

En caso de Brote o Epidemias, la definición de Caso Confirmado incluye al Caso Probable:



Que presente LCR con neutrofilia más aumento de proteínas e hipogluorraquia



En el cual se evidencia contacto con caso confirmado (nexo epidemiológico).

16-. MENINGOCOCCEMIA (A39.9)

CASO CLÍNICO: persona que cursa con cuadro clínico caracterizado por fiebre de aparición súbita (temperatura. > ó igual 38.5°C rectal ó 38.0 °C axilar) acompañada de uno o más de las siguientes manifestaciones:

- ✓ Cefalea
- ✓ Náuseas ó vómito
- ✓ Presencia o no de cuadro meníngeo (rigidez de nuca)
- ✓ Brote Petequial o equimosis
- ✓ Leucocitosis
- ✓ Choque o Sepsis de evolución rápida y agresiva
- ✓ Abombamiento de fontanelas (en menores de 1 año)

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta enfermedad compatible con definición de caso clínico.

CASO PROBABLE: caso sospechoso que: cumple por lo menos con una de las siguientes condiciones al examen del LCR:

- ✓ Características Físicas: Turbidez
- ✓ Examen Citoquímico compatible con infección bacteriana:
 - Leucocitos aumentados (> de 100/mm³) con predominio de neutrófilos.
 - Leucocitos entre 10-100/mm³ y elevación de proteínas (> 100 mg/dl) o disminución de la glucosa (< 40 mg/dl)
- ✓ Examen Directo: que evidencia la presencia de diplococos Gram negativos intracelulares en muestras de LCR y/o muestras obtenidas a partir de lesiones petequiales

CASO CONFIRMADO: todo caso sospechoso o probable que cumpla con uno o ambos de los siguientes criterios:

1. **Criterios de laboratorio:**

- a. Aislamiento de *Neisseria meningitidis* a partir de cultivo de muestra estéril (Sangre, LCR, líquido Sinovial, Pleural, Pericárdico, Lesión Petequial) **y/o**
- b. Detección de antígenos en LCR (PCR)
- c. Histopatología compatible.

2. **Criterio Clínico:**

- a. Aparición súbita de manifestaciones hemorrágicas de evolución fulminante o no, aunque el caso no haya sido estudiado por laboratorio.
- b. Sepsis fulminante en ausencia de cultivo positivo en sangre.

En caso de Brote o Epidemias, la definición de Caso Confirmado incluye al Caso Probable:

- ✓ Que presente LCR con neutrofilia más aumento de proteínas e hipogluorraquia
- ✓ En el cual se evidencia contacto con caso confirmado (nexo epidemiológico).

Contacto: Personas directamente expuestas a las secreciones orales (besos, resucitación boca a boca, intubación endotraqueal o manejo de tubos endotraqueales, por ejemplo: familiares, trabajadores de salud y de establecimientos educativos)

ENFERMEDADES ZONÓTICAS

1.- ENCEFALITIS DEL OESTE DEL NILO (WEST NILO VIRUS (A92.3) EN HUMANOS

CASO SOSPECHOSO: persona que presenta un cuadro clínico de fiebre y manifestaciones neurológicas graves (meningitis aséptica o encefalitis) de etiología desconocida.

CASO PROBABLE: se define como un caso sospechoso, con uno o más de los siguientes criterios:

- ✓ Demostración de anticuerpos IgM séricos contra el VNO por ensayo inmunoenzimático (ELISA).
- ✓ Demostración de un título elevado de anticuerpos IgG específicos contra el VNO en el suero en la fase convalecencia, sometido a tamizaje por ELISA, o inhibición de la hemoaglutinación (IH y confirmado por neutralización de reducción de placas (PRNT).

CASO CONFIRMADO: es un caso probable con uno o más de los siguientes criterios:

- ✓ Aislamiento del VNO.
- ✓ Demostración de seroconversión de los anticuerpos.
- ✓ Demostración de anticuerpos IgM al VNO.

Diagnóstico:

- ✓ Aislamiento del VNO o la detección del antígeno del VNO o el genoma vírico en tejido, suero, líquido cefalorraquídeo, u otros tejidos corporales.
- ✓ Demostración de Seroconversión (un aumento al cuádruple o más de títulos) de los anticuerpos al VNO en la neutralización por reducción en placas (PRNT) en suero o muestras de cefalorraquídeo pareadas (agudo y convaleciente).
- ✓ Demostración de anticuerpo IgM al VNO por MAC-ELISA en muestra de líquido cefalorraquídeo en fase aguda.
- ✓ NOTA: detección de IgM específica de VNO y/o anticuerpos IgG (por ELISA) en un único suero o muestra de líquido cefalorraquídeo, debe ser confirmada por cualquiera de las otras técnicas anteriores.

1.1 ENCEFALITIS EQUINA (A92) (Venezolana, Este) EN HUMANOS

CASO PROBABLE: para Venezuela se ha definido en función a la clínica predominante en el Brote del año 1995, considerando la presencia de criterios mayores y menores:

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

1. Criterios Mayores: (Obligatorios)

- ✓ Cefalea: intensa, difusa, continua que no calma con analgésicos comunes.
- ✓ Fiebre: continúa 38°C a 39°C y de inicio simultáneo con la cefalea.

2. Criterios Menores: (al menos 3 de estos)

Nauseas o vómitos, irritabilidad, rigidez de nuca, convulsiones, fotosensibilidad, malestar general, letargia, confusión, mialgias, paresia y parestesia, hiperemia conjuntival, hiperemia faríngea.

CASO CONFIRMADO: todo caso probable confirmado por serología y/o aislamiento viral.

CASO POR NEXO EPIDEMIOLÓGICO: se considera como confirmado a todo caso probable en humano sin diagnóstico de laboratorio:

- ✓ Que haya tenido contacto con équidos sintomáticos vivos o muertos y que proceda de un área con circulación viral en donde se ha confirmado por lo menos un caso en un lapso no mayor de 10 días.
- ✓ Que proceda de un área con circulación viral comprobada.

Diagnóstico:

En humanos: a través de la detección de la partícula viral mediante técnicas de aislamiento en líneas celulares sensibles y por ensayos Serológicos que demuestren la presencia de IgM o IgG específicas para el virus.

2.- BRUCELOSIS (A23.9) EN HUMANOS

CASO SOSPECHOSO: toda persona que presente fiebre continua o intermitente, transpiración profusa, en particular durante la noche, artralgias, mialgias y que este vinculado epidemiológicamente a caso confirmado en animales o a productos de origen animal contaminados.

CASO PROBABLE: es el caso sospechosos con resultados positivos a la prueba de bengala.

CASO CONFIRMADO: es el caso sospechoso o probable confirmado en el laboratorio a través de pruebas complementarias (2 mercaptoetanol, ELISA).

Diagnóstico: debe basarse en la clínica que presente el paciente, los antecedentes epidemiológicos y las pruebas de laboratorio. El aislamiento de la brucella a partir de sangre o médula ósea u otros tejidos, o de secreciones. Se puede utilizar también líquido cefalorraquídeo, material de ganglios y abscesos. Las pruebas serológicas son también útiles, un título de 100UI o más en las pruebas seroaglutinación rápida o lenta y títulos crecientes en pruebas repetidas indican una base para el diagnóstico.

3-. LEPTOSPIROSIS (A27) EN HUMANOS

CASO SOSPECHOSO: toda persona que presente cuadro clínico con fiebre de aparición repentina, mialgias intensa, derrame conjuntival, hemorragias en la piel y mucosas, ictericia, confusión mental, y ha estado en contacto con fuentes hídricas, animales roedores, silvestres o domésticos de modo directo e indirecto.

CASO PROBABLE: es el caso sospechosos que luego de las pruebas de laboratorio muestra:

- ✓ Eritrosedimentación acelerada (70-80m en la primera hora)
- ✓ Bilirrubina total aumentada a expensas de la bilirrubina directa
- ✓ TGO-TGP normal o levemente o aumentada.

La sospecha de caso probable se incrementará si se comprueba:

- ✓ Daño renal de viable intensidad, desde urea transitoriamente aumentada a insuficiencia renal clara.
- ✓ Síndrome hemorrágico con o sin plaquetopenia.
- ✓ Reacción positiva con antígeno TR (placa), una reacción negativa no invalida la presunción del diagnóstico

CASO CONFIRMADO: es el caso probable confirmado en el laboratorio a través de la demostración de anticuerpos específicos mediante la técnica de microaglutinación (MAT) y donde la primera muestra reacciona con coaglutinación (IgM) a múltiples serovares, que indica inicio reciente de la enfermedad.

Diagnóstico: se confirma por seroconversión, o por elevación al cuádruplo o más de los títulos de aglutinación leptospiremicos, así como por el aislamiento de leptospira de la sangre en los primeros siete días, o del líquido cefalorraquídeo entre el cuarto y el décimo día durante la fase aguda de la enfermedad y en la orina después del décimo día con el empleo de medios especiales. Por lo que se requiere el envío de dos muestras serológicas para la confirmación en el laboratorio según fase de la enfermedad para diagnóstico definitivo.

4-. RABIA (A82) EN HUMANOS

CASO SOSPECHOSO: toda persona con antecedentes de contacto con un animal presuntamente rabioso.

CASO PROBABLE: persona que tuvo un estrecho contacto (generalmente una mordedura o arañazo, o contacto de la piel y/o las mucosas con saliva) con un animal susceptible de transmitir rabia y donde se valoren las condiciones epidemiológicas de la enfermedad en el área y procedencia del animal involucrado.

CASO CONFIRMADO: caso sospechoso que es confirmado en laboratorio

Diagnóstico:

- ✓ Detección del virus rábico por la prueba de anticuerpo fluorescente (FA) en tejido cerebral (obtenido post mortem)
- ✓ Detección del virus rábico por FA en frotis cutáneo o corneal (obtenido ante mortem)
- ✓ Detección de virus rábico por FA en cerebros de ratones adultos o lactantes y en cultivo celular, después de la inoculación de tejido cerebral, saliva o líquido cefalorraquídeo (LCR)
- ✓ Detección de anticuerpos neutralizantes del virus rábico en el LCR de una persona no vacunada
- ✓ Identificación de antígenos víricos por reacción en cadena de polimerasa (RCP) en tejido fijo obtenido post mortem o en un espécimen clínico (tejido cerebral o cutáneo, córnea o saliva)

5- MORDEDURA SOSPECHOSA DE RABIA EN HUMANOS (A82)

CASO SOSPECHOSO: toda persona que hace referencia a mordedura, arañazo o contacto de la piel y/o mucosas con saliva por perros, gatos, carnívoros silvestres y murciélagos u otros animales susceptibles de transmitir rabia y valorando las condiciones epidemiológicas de la enfermedad en el área donde ocurrió la mordedura y la procedencia del animal involucrado.

CASO PROBABLE: todo caso sospechoso, donde además se han evaluado factores asociados al accidente rábico como: especie del animal mordedor, circunstancias del accidente, estado de vacunación del animal mordedor y la condición epidemiológica del área donde ocurrió la mordedura.

CASO CONFIRMADO: es el caso sospechoso o probable además de los hallazgos de laboratorio del animal sospechoso si se dispone de él.

Diagnóstico:

Confirmado por el laboratorio del animal involucrado

6- LEISHMANIASIS VISCERAL EN HUMANOS (B55)

CASO SOSPECHOSO: toda persona con fiebre irregular prolongada, esplenomegalia, hepatomegalia moderada, adenopatías en regiones inguinal y cervical, y pérdida de peso.

CASO PROBABLE: es todo caso sospechoso de Leishmania visceral diagnosticado bajo criterio clínico epidemiológico, procedente de una zona endémica, sin confirmación por exámenes de laboratorio de infección por leishmania.

CASO CONFIRMADO: es todo caso sospechoso o probable que sometido a los exámenes de laboratorios, demuestre positividad a infección por leishmania.

Diagnóstico:

Demostración de la presencia del parásito en aspirados obtenidos de:

- ✓ Pruebas serológicas con tiras reactivas Ag-rK39, (de origen comercial), de todo caso sospechoso de Leishmania visceral diagnosticado bajo criterio clínico epidemiológico. (prueba a nivel de campo, es específica 90% y sensible el 80%).
- ✓ Prueba de Formol-gelificación (prueba a nivel de campo)
- ✓ Serología: positivas a Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y Ensayo inmunoenzimático (ELISA), pero únicamente como diagnóstico de presunción.
- ✓ Biología molecular con isoenzimas.
- ✓ Prueba de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR).

7-. EPIZOOTIAS

EVENTO SOSPECHOSO DE EPIZOOTIA: todo rumor o información sobre ocurrencia de enfermedad o muerte de al menos un animal en determinada área geográfica.

EVENTO COMPROBABLE DE EPIZOOTIA: es todo evento sospechoso de epizootia donde se comprueba que existe un número inusual de casos ó muertes (presencia de restos de animales muertos), en un área geográfica, donde coexistan factores biológicos y ecológicos que favorezcan la transmisión de una enfermedad zoonótica.

EPIZOOTIA CONFIRMADA: todo evento probable en la que se confirmó la etiología por pruebas de laboratorio.

EVENTO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO: todo evento sospechoso de epizootia, sin confirmación de laboratorio, en el curso de un brote o epidemia donde otras áreas se han confirmado por laboratorio.

8-. PESTE (A20)

CASO SOSPECHOSO: toda persona que reside o visitó en los 10 días previo 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 respiratorio (sintomático neumónico) acompañado o no de manifestaciones clínicas generales de la enfermedad.

CASO PROBABLE DE PESTE: pacientes con cuadro febril (39°C a 40°C), de inicio súbito, dolor en zona ganglionar y/o linfadenopatía regional con antecedentes epidemiológicos de residencia o procedencia de área endémica de peste.

CASO PROBABLE DE PESTE NEUMÓNICA: pacientes con cuadro febril (39°C a 40°C) de inicio brusco, con tos, expectoración hemoptoica de evolución rápida y progresiva en zona endémica de peste.

CASO CONFIRMADO: caso probable con diagnóstico de laboratorio positivo. Las pruebas de laboratorio son:

- ✓ Inmunofluorescencia Indirecta.
- ✓ Hemoaglutinación Pasiva
- ✓ Por aislamiento de *Yersinia Pestes*.
- ✓ ELISA.
- ✓ Por nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

CASO IMPORTADO: individuos que desarrollan la enfermedad luego de un contacto fuera de su fuente de origen y ocurre dentro de las dos (2) semanas posteriores a su reingreso al país de origen, siempre que se demuestre que dentro de este periodo no estuvo expuesto localmente a contraer la enfermedad.

CASO COMPATIBLE: es el caso probable donde falta la confirmación de laboratorio de peste.

CASO DESCARTADO: se trata de un caso probable que:

Luego de exámenes serológicos pareados, no se muestra la aparición de anticuerpos específicos para peste y tampoco se obtiene el aislamiento de la bacteria; se demuestre otra etiología.

9-. ENFERMEDAD DE CHAGAS (B 57)

CASO AGUDO SOSPECHOSO: persona con fiebre de más de 5 días de duración, de etiología no identificada, acompañada o no de escalofríos y que presente uno o más de los siguientes síntomas o signos: Signo de Romaña, (Edema bpalpebral, no necesariamente biocular), Mialgias o Artralgias, Debilidad General, Astenia, Diarrea, Dolor Abdominal, Disnea, Dolor Torácico, Taquicardia/palpitaciones, Hepatomegalia, Adenopatías, Edema facial y/o Miembros Inferiores Eritema nodoso (adulto).

En caso de recién nacidos son sospechosos los cuadros clínicos caracterizados por prematuridad, hepatoesplenomegalia y fiebre prolongada tomándose en cuenta que la gran mayoría de los casos de transmisión congénita son asintomáticos y sólo detectables por el tamizaje serológico materno.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

CASO AGUDO CONFIRMADO: caso sospechoso o no, confirmado por laboratorio mediante la positividad de uno o más de los siguientes resultados:

- ✓ Parasitemia: Presencia del T. cruzi en examen directo, por cultivo, por aislamiento en animales de laboratorio, por xenodiagnóstico o PCR.
- ✓ Seroconversión o aumento de títulos ≥ 4 diluciones de anticuerpos positivos contra el T. Cruzii mediante 2 métodos de investigación: Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), Ensayo Inmunoenzimático (ELISA), Aglutinación Directa (AD) con y sin Mercaptoetanol.
- ✓ Mediante examen anatomopatológico, en caso de fallecimiento, compatible por inmunohistoquímica o PCR.

CASO AGUDO PROBABLE: caso sospechoso sin confirmación de laboratorio, pero vinculado a un brote la transmisión vectorial, o con nexo epidemiológico domiciliario.

CASO AGUDO DESCARTADO: caso probable con serología repetida negativa a los 30 días de la primera muestra.

10- EMPONZOÑAMIENTO OFIDICO (X20, W59)

CASO SOSPECHOSO: todo individuo en el que no se pudo evidenciar a la culebra como responsable de la lesión y presente los siguientes signos y síntomas (variarán de acuerdo con el tipo de culebra), un par de marcas de pinchazo en la herida; Enrojecimiento e hinchazón alrededor de la herida; Dolor fuerte en el lugar de la mordedura; Náusea y vómito; Respiración fatigosa (en casos extremos, se puede hasta detener la respiración); Trastornos de la vista; Aumento de la salivación y el sudor; entumecimiento u hormigueo alrededor de la cara y las extremidades.

ENFERMEDADES FEBRILES ICTÉRICAS-HEMORRAGICAS

1-. HEPATITIS VIRALES

1.1-. HEPATITIS AGUDA TIPO A (B 15)

CASO SOSPECHOSO (CLÍNICO/LABORATORIAL)

Sintomático icterico: individuo que presenta ictericia repentinamente, sin colelitiasis detectable u obstrucción biliar, **con o sin:** fiebre, malestar general, náuseas, vómito, mialgia, coluria e hipocolia fecal.

Sintomático anictérico: individuo sin ictericia, **con uno o más** síntomas (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias) y valores ascendentes de las aminotransferasas.

Asintomático: Contacto de caso confirmado de hepatitis A. Individuo asintomático con marcador reactivo para la hepatitis viral: A.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

CASO PROBABLE: todo caso sospechoso de Hepatitis A más aumento de las aminotransferasas y antecedentes epidemiológicos de: consumo de agua, alimentos o productos agrícolas contaminados.

CASO CONFIRMADO: caso que cumple con los criterios de definición de caso probable y es confirmado por laboratorio. Caso que cumple con la definición clínica y que ocurre en una persona con nexo epidemiológico de un caso confirmado por laboratorio de hepatitis A y cuya sintomatología se inicia de 15 a 50 días posterior a la exposición del riesgo (ingesta de líquidos, alimentos contaminados y otros).

CASO COMPATIBLE: caso que cumple con la definición clínica y es contacto de un caso confirmado por laboratorio de hepatitis A y/o cuya sintomatología se inicia de 15 a 50 días posterior a la exposición del riesgo (Ingesta de líquidos, alimentos contaminados y otros) **y falta la confirmación de laboratorio.**

1.2.- HEPATITIS AGUDA TIPO B (B 16)

CASO SOSPECHOSO

(CLÍNICO/LABORATORIAL)

Sintomático icterico: individuo que presenta ictericia repentinamente, sin colelitiasis detectable u obstrucción biliar, con o sin: fiebre, malestar general, náuseas, vómito, mialgia, coluria e hipocolia fecal.

Individuo que presenta ictericia repentinamente, y evolucionó hacia la muerte, sin otro diagnóstico etiológico confirmado.

Sintomático Anictérico: individuo sin ictericia, con uno o más síntomas (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias) y valores ascendentes de las aminotransferasas.

Asintomático: individuo expuesto a una fuente de infección identificada (Hemodiálisis, accidente ocupacional, transfusión de sangre o de hemoderivados, procedimientos quirúrgicos/ odontológicos/ colocación de piercing/ tatuajes, uso de drogas con instrumentos compartidos).

Contacto de caso confirmado de hepatitis B.

Individuo con la alteración igual o superior de aminotransferasas tres veces del valor máximo normal de estas enzimas.

Sospechoso con marcador serológico reactivo: individuo asintomático, donante de sangre, con uno o más marcadores de las hepatitis B reactivos.

Individuo asintomático con marcador reactivo para la hepatitis viral: B.

CASO PROBABLE: todo caso sospechoso de hepatitis B más aumento de las transaminasas o aminotransferasas y antecedentes epidemiológicos de: viajes o visitas a zonas endémicas, transfusiones, hemodiálisis, tatuajes, piercing, uso de drogas endovenosas, intervenciones quirúrgicas / odontológicas, hijo de madre portadora de Hepatitis B, transmisión sexual, entre otras.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

CASO CONFIRMADO: todo caso probable confirmado por el laboratorio (Ag-HBs/Anti-HBc).

Nota: La Hepatitis B, puede estar acompañada con marcadores positivos para el Virus de la Hepatitis Delta (VHD).

CASO COMPATIBLE: Caso que cumple con la definición clínica y es contacto de un caso confirmado por laboratorio de hepatitis B y/o cuya sintomatología se inicia de 15 a 50 días posterior a la exposición del riesgo (Viajes o visitas a zonas endémicas, transfusiones, hemodiálisis, tatuajes, piercing, uso de drogas endovenosas, intervenciones quirúrgicas / odontológicas, hijo de madre portadora de Hepatitis B, transmisión sexual, entre otras) **y falta la confirmación de laboratorio.**

1.3.- OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS (B 17)

Se incluyen en este renglón las Hepatitis Agudas D, C y E. HEPATITIS D (17.0)

CASO SOSPECHOSO

(CLÍNICO/LABORATORIAL)

Sintomático icterico: individuo que presenta ictericia repentinamente, sin colelitiasis detectable u obstrucción biliar, con o sin: Fiebre, malestar general, náuseas, vómito, mialgia, coluria e hipocolia fecal.

Individuo que presenta ictericia repentinamente, y evolucionó hacia la muerte, sin otro diagnóstico etiológico confirmado.

Sintomático Anictérico: individuo sin ictericia, con uno o más síntomas (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias) y valores ascendentes de las aminotransferasas.

Asintomático: individuo expuesto a una fuente de infección identificada (Hemodiálisis, accidente ocupacional, transfusión de sangre o de hemoderivados, procedimientos quirúrgicos/ odontológicos/ colocación de piercing/ tatuajes, uso de drogas con instrumentos compartidos). Contacto de caso confirmado de hepatitis B ó D. Individuo con la alteración igual o superior de aminotransferasas tres veces del valor máximo normal de estas enzimas

Sospechoso con marcador serológico reactivo: individuo asintomático, donante de sangre, con uno o más marcadores de las hepatitis B ó D reactivos.

CASO PROBABLE: todo caso sospechoso de hepatitis B y D más aumento de las transaminasas o aminotransferasas y antecedente epidemiológico (viajes o visitas a zonas endémicas, transfusiones, hemodiálisis, tatuajes, piercing, uso de drogas endovenosas, intervenciones quirúrgicas / odontológicas, hijo de madre portadora de Hepatitis B y D, transmisión sexual, entre otras).

Individuo asintomático con marcador reactivo para la hepatitis viral: B y D.

CASO CONFIRMADO: todo caso probable confirmado por el laboratorio (AntiVHD positivo y Marcadores positivos para VHB).

CASO COMPATIBLE: caso que cumple con la definición clínica y es contacto de un caso confirmado por laboratorio de hepatitis B y D y/o cuya sintomatología se inicia de 15 a 50 días posterior a la exposición del riesgo (Viajes o visitas a zonas endémicas, transfusiones,

hemodiálisis, tatuajes, piercing, uso de drogas endovenosas, intervenciones quirúrgicas / odontológicas, hijo de madre portadora de Hepatitis B y D, transmisión sexual, entre otras) **y falta la confirmación de laboratorio.**

2.- HEPATITIS AGUDA TIPO C (B 17.1)

Sintomático icterico: individuo que presenta ictericia repentinamente, sin colelitiasis detectable u obstrucción biliar, con o sin: Fiebre, malestar general, náuseas, vómito, mialgia, coluria e hipocolia fecal.

Individuo que presenta ictericia repentinamente, y evolucionó hacia la muerte, sin otro diagnóstico etiológico confirmado.

Sintomático Anictérico: individuo sin ictericia, con uno o más síntomas (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias) y valores ascendentes de las aminotransferasa.

Asintomático: individuo expuesto a una fuente de infección identificada (Hemodiálisis, accidente ocupacional, transfusión de sangre o de hemoderivados, procedimientos quirúrgicos/ odontológicos/ colocación de piercing/ tatuajes, uso de drogas con instrumentos compartidos).

Contacto de caso confirmado de hepatitis C.

Individuo con la alteración igual o superior de aminotransferasas tres veces del valor máximo normal de estas enzimas

Sospechoso con marcador serológico reactivo: individuo asintomático, donante de sangre, con marcador de la hepatitis C reactivo.

Individuo asintomático con marcador reactivo para la hepatitis viral: C.

CASO PROBABLE: todo caso sospechoso de hepatitis C más aumento de las transaminasas o aminotransferasas y antecedente epidemiológico (viajes o visitas a zonas endémicas, transfusiones, hemodiálisis, tatuajes, piercing, uso de drogas endovenosas, intervenciones quirúrgicas / odontológicas, hijo de madre portadora de Hepatitis C, transmisión sexual, entre otras).

CASO CONFIRMADO: todo caso probable confirmado por el laboratorio (Anti-VHC positivo). Pruebas de Biología Molecular positivas.

CASO COMPATIBLE: caso que cumple con la definición clínica y es contacto de un caso confirmado por laboratorio de hepatitis C, cuya sintomatología se inicia de 15 a 50 días posterior a la exposición del riesgo (Viajes o visitas a zonas endémicas, transfusiones, hemodiálisis, tatuajes, piercing, uso de drogas endovenosas, intervenciones quirúrgicas /

odontológicas, hijo de madre portadora de Hepatitis C, transmisión sexual, entre otras) y falta la confirmación de laboratorio.

3- HEPATITIS E (17.2)

CASO SOSPECHOSO

(CLÍNICO/LABORATORIAL)

Sintomático ictérico: individuo que presenta ictericia repentinamente, sin colelitiasis detectable u obstrucción biliar, con o sin: Fiebre, malestar general, náuseas, vómito, mialgia, coluria e hipocolia fecal.

Sintomático Anictérico: individuo sin ictericia, con uno o más síntomas (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias) y valores ascendentes de las aminotransferasas.

Asintomático: individuo expuesto a una fuente de infección identificada (de ingesta de agua, alimentos ó productos agrícolas contaminados).

Individuo asintomático con marcador reactivo para la hepatitis viral: E

Contacto de caso confirmado de hepatitis E.

Individuo con la alteración igual o superior de aminotransferasas tres veces del valor máximo normal de estas enzimas

CASO PROBABLE: todo caso sospechoso de Hepatitis E más aumento de las aminotransferasas y antecedentes epidemiológicos de: consumo de agua, alimentos ó productos agrícolas contaminados.

CASO CONFIRMADO: todo caso probable confirmado por el laboratorio (Anti-VHE positivo).

CASO COMPATIBLE: caso que cumple con la definición clínica y es contacto de un caso confirmado por laboratorio de hepatitis E, cuya sintomatología se inicia de 15 a 50 días posterior a la exposición del riesgo (consumo de agua, alimentos o productos agrícolas contaminados) y falta la confirmación de laboratorio.

4- HEPATITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (B 19)

CASO SOSPECHOSO

(CLÍNICO/LABORATORIAL)

Sintomático Ictérico: individuo que presenta ictericia repentinamente, sin colelitiasis detectable u obstrucción biliar, **con ó sin:** fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgia, coluria e hipocolia fecal.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

Individuo que presenta ictericia repentinamente y evolucionó hacia la muerte, sin otro diagnóstico etiológico confirmado.

Sintomático Anictérico: individuo sin ictericia, **con una o más** síntomas (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias) **y** valores ascendentes de las aminotransferasas.

Asintomático: el individuo expuesto a una fuente de infección identificada para hepatitis virales. Contacto de caso confirmado de hepatitis sin otra especificación.

Individuo con la alteración igual o superior de aminotransferasas, tres veces del valor máximo normal de estas enzimas.

5-. FIEBRE AMARILLA (A 95)

CASO SOSPECHOSO: individuo con cuadro febril agudo (hasta 7 días), acompañado de ictericia y al menos una manifestación hemorrágica (Epistaxis, gingivorragia, sangre en vómito, heces u orina, etc.) independiente de estado vacunal para fiebre amarilla.

Individuo con cuadro febril agudo (hasta 7 días) residente o que visitó un área con transmisión viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o aislamiento viral en mosquitos) en los últimos 15 días, que no este vacunado contra fiebre amarilla o con estado vacunal ignorado (usar en sitios y durante el brote).

CASO CONFIRMADO: todo caso sospechoso en quien se confirmo etiología por al menos uno de los siguientes criterios de confirmación:

1. Aislamiento del virus en cultivos celulares, del suero del paciente o en material de autopsia.
2. Detección de anticuerpos IgM específicos de fiebre amarilla por la técnica MAC ELISA en individuos no vacunados o incremento de IgG al menos en 4 veces por la técnica de Inhibición de la hemoaglutinación (HI) o IgG MAC ELISA.
3. Estudios histopatológicos: examen directo de cortes de biopsias o material de autopsia con coloración con alteraciones compatibles.
4. Estudios Inmunohistoquímico: detección de antígenos virales en material de biopsia o autopsia de fallecidos.
5. Detección de genoma viral por la técnica PCR en sangre o vísceras.
6. Individuo asintomático u oligosintomático originado de búsqueda activa, que no tiene antecedente vacunal y que presente serología (MC Elisa) positiva para Fiebre Amarilla.

CASO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO: todo caso sospechoso que muere en menos de 10 días a desde el inicio de los síntomas, sin confirmación de laboratorio, en el curso de un brote o epidemia en el que otros casos ya se han confirmado por laboratorio.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

En situación epidemiológica con transmisión, se considera también individuo asintomático u oligosintomático detectado en búsqueda activa que no haya sido vacunado y que presenta serología (MAC-Elisa) positivo para fiebre amarilla.

CASO DESCARTADO: caso sospechoso con diagnóstico laboratorial negativo, después que se compruebe que las muestras fueron tomadas y transportadas adecuadamente o casos sospechosos con diagnóstico laboratorial de otra enfermedad.

6-. FIEBRE DENGUE (A90)

DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA: la descripción coincide con lo señalado en la fase febril del dengue (acápite 1.2.1). Este cuadro clínico puede ser muy florido y “típico” en los adultos, que puede presentar muchos de estos síntomas o todos ellos durante varios días (no más de una semana, generalmente), para pasar a una convalecencia que puede durar varias semanas. En los niños, puede haber pocos síntomas y la enfermedad puede manifestarse como un “síndrome febril inespecífico”. La presencia de otros casos confirmados en el medio al cual pertenece el niño febril, es determinante para sospechar el diagnóstico clínico de dengue.

DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA: Cuando baja la fiebre, el paciente con dengue puede evolucionar a la mejoría y recuperarse de la enfermedad, o presentar deterioro clínico y manifestar signos de alarma (14). Los signos de alarma son el resultado de un incremento de la permeabilidad capilar y marcan el inicio de la fase crítica.

7-. DENGUE GRAVE (A91)

DENGUE GRAVE: el dengue grave se define por una o más de las siguientes condiciones: (i) extravasación de plasma que puede conducir a shock hipovolémico o acumulación de líquidos con dificultad respiratoria, o ambas (ii) sangrado grave o deterioro grave de órganos, o ambos.

El shock se presenta con mayor frecuencia al cuarto o quinto día del inicio del cuadro febril (rango de 3 a 7 días), y casi siempre es precedido por los signos de alarma.

El shock es de tipo hipovolémico y se presentará secundario al incremento de la permeabilidad vascular que ocasionaría la pérdida de líquidos al tercer espacio, la disminución importante de la volemia y por ende la hipoperfusión tisular con hipoxia en diferentes órganos y sistemas, lo que deriva a un metabolismo celular anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica. Durante la etapa inicial del shock, a fin de mantener un gasto cardíaco normal que garantice una adecuada perfusión de órganos vitales, se produce taquicardia y vasoconstricción periférica con reducción de la perfusión cutánea, lo que da lugar a extremidades frías y retraso en el llenado capilar.

8-. FIEBRE HEMORRÁGICA VENEZOLANA (A96.8)

CASO SOSPECHOSO: paciente con cuadro febril indeterminado, residente de un área rural endémica de Fiebre Hemorrágica Venezolana (FHV) (Portuguesa, Barinas y Guárico), de un área de riesgo (Apure y Cojedes) o que la haya visitado en los últimos 21 días.

CASO PROBABLE: paciente procedente de un área rural endémica de FHV (Portuguesa, Barinas y Guárico), de un área de riesgo (Apure y Cojedes), o que la haya visitado en los últimos 21 días, con un cuadro febril de comienzo insidioso, que además presente uno o más de los siguientes síntomas: malestar general, cefalea, artralgias, mialgias, dolor abdominal, disfagia, odinofagia, vómitos, diarrea, con o sin alguna manifestación hemorrágica tal como: gingivorragia, epistaxis, petequias, equimosis, etc., y que al laboratorio presente leucopenia y trombocitopenia, sin causa presumible de infección bacteriana.

CASO CONFIRMADO: caso que cumple con el criterio de caso probable de FHV en el cual se realizó confirmación virológica mediante el aislamiento e identificación del virus Guanarito y/o la amplificación parcial del ARN viral por la técnica de RT-PCR y/o diagnóstico serológico mediante la demostración del incremento cuatro o más veces el nivel de anticuerpos IgG específicos para el virus Guanarito por la técnica de IFI o ELISA.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION HIDRICA

1-. COLERA (A00)

ZONA AFECTADA (Focos o Brotes)

CASO SOSPECHOSO: persona procedente de un área donde el cólera esté presente y que durante los primeros cinco días de su llegada a la zona, manifieste alguno de los siguientes síntomas: diarrea y-o vómito, independiente de su gravedad. Persona que sin venir de un área endemo-epidémica, presente: diarrea acuosa súbita y severa, con rápida deshidratación.

CASO CLÍNICO:

Criterio clínico: paciente con diarrea acuosa súbita y severa, con masiva y rápida deshidratación

Criterio epidemiológico: paciente con diarrea y-o vómito, independiente de su gravedad, y que además presente una de las siguientes circunstancias:

- ✓ Proceder de un área endemo-epidémica de cólera y que haya entrado a la zona antes de 5 días
- ✓ Ser contacto domiciliario de una persona procedente de un área endemo-epidémica.
- ✓ Haber sido contacto de un caso confirmado de cólera por laboratorio.

CASO CONFIRMADO: persona con cuadro clínico de diarrea y/o vómito independientemente de su gravedad, con un resultado de laboratorio confirmado por aislamiento y/o serología.

ZONA NO AFECTADA

CASO SOSPECHOSO: persona procedente de un área donde el cólera esté presente y que durante los primeros cinco días de su llegada a la zona, manifieste alguno de los siguientes síntomas: diarrea y/o vómito, independiente de su gravedad.

Persona que sin venir de un área endemo-epidémica, presente: diarrea acuosa súbita y severa, con rápida deshidratación.

CASO CONFIRMADO: persona con cuadro clínico de diarrea y/o vómito independientemente de su gravedad, con un resultado de laboratorio confirmado por aislamiento y/o serología.

CONFIRMADO POR LABORATORIO: confirmación por laboratorio de infección con vibrio cholerae en una persona con diarrea.

2.- DIARREAS (A08 – A09) DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

Diarrea simple, que se trata por rehidratación oral con soluciones que contengan agua, glucosa y electrolitos, y en la que su causa específica no tiene importancia para el tratamiento.

Diarrea sanguinolenta (disentería), causada por microorganismos como Shigella, E. Coli O157:H7 y algunos otros gérmenes.

Diarrea persistente que dura como mínimo 14 días.

Diarrea profusa y acuosa, como aparece en el cólera.

Diarrea mínima, acompañada de vómitos, es típica de algunas gastroenteritis víricas y de enfermedades por sus toxinas, como serían las de Staphylococcus Aureus, Bacillus Cereus o Clostridium. Perfringens.

Colitis hemorrágica, en la que hay diarrea acuosa, que contiene sangre visible, pero sin fiebre ni leucocitos en las heces.

DEFINICIÓN DEL SÍNDROME: inicio agudo de diarrea y enfermedad severa y ausencia de factores predisponentes conocidos.

LABORATORIO: de acuerdo al diagnóstico clínico se realizará coprocultivo, pruebas serológicas o aislamiento viral.

2.1-, DIARREAS POR ROTAVIRUS: (Hospitales Centinelas)

CASO SOSPECHOSO: todo niño menor de 5 años, que consulte por tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 24 horas, de menos de 14 días de duración, que presente algún grado de deshidratación y reciba algún tipo de tratamiento en el hospital.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: caso de diarrea en un niño menor de 5 años hospitalizado y que se inicie después de 48 horas de su ingreso.

- ✓ Niño menor de 5 años que consulte por un cuadro de diarrea sin deshidratación y se refiera a su casa.
- ✓ Presentar diarrea prolongada (más de 14 días de duración).
- ✓ Haber sido hospitalizado por otra razón, aunque presente diarrea.
- ✓ Haber sido referido a los hospitales centinelas desde otros centros, en los cuales han permanecido hospitalizados por más de 24 horas por el cuadro de diarrea en curso.
- ✓ Haber tomado la muestra de heces después de 48 horas post ingreso hospitalario, por el riesgo de tratarse de infección hospitalaria.

CASO CONFIRMADO: caso sospechoso que tiene una muestra de heces oportuna cuyo resultado de laboratorio es positivo para rotavirus. En brotes, se confirma en quienes se establezca el nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

CASO INADECUADAMENTE INVESTIGADO: caso sospechoso en el cual no se logró obtener el resultado de la prueba de laboratorio, ni establecer un nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio en brotes.

CASO DESCARTADO: caso sospechoso que tiene una muestra de heces oportuna cuyo resultado de laboratorio es negativo para rotavirus.

Nota: Se define como oportuna, la muestra de heces tomada hasta 48 horas post-ingreso hospitalario.

3.- AMIBIASIS (A06).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA:

La Infección por *Entamoeba histolytica* del intestino grueso puede resultar en enfermedad con intensidad variable, desde moderada, diarrea crónica a una disentería fulminante, la infección también puede ser asintomática. Puede ocurrir la infección extra intestinal (por ejemplo: Absceso hepático).

CRITERIOS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO:

Amibiasis intestinal

- ✓ Demostración de quistes o trofozoitos de *E. histolytica* en heces.
- ✓ Demostración de trofozoitos en biopsias de tejido, cultivo o histopatología del raspado de ulcera intestinal.

Amibiasis Extraintestinal:

- ✓ Demostración de trofozoitos de *E. histolytica* en tejido extraintestinal

AMIBIASIS INTESTINAL CONFIRMADA: enfermedad clínicamente compatible confirmada por laboratorio.

AMIBIASIS EXTRAIESTINAL CONFIRMADA: infección parasitológicamente confirmada de tejido extraintestinal, o entre personas sintomáticas (con clínica o hallazgos radiológicos consistentes con infección extraintestinal), demostración de anticuerpos específicos contra E. histolytica medidos por hemaglutinación indirecta o cualquier otra prueba inmunodiagnóstica confiable (ELISA).

COMENTARIO:

Portador intestinal asintomático de E. histolytica no debe ser reportado. Entre las personas asintomáticas, un resultado serológico positivo, no necesariamente indica amibiasis extraintestinal.

4- FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)

DESCRIPCIÓN CLÍNICA:

Enfermedad causada por *Salmonella typhi* que a menudo está caracterizada por: inicio insidioso de fiebre sostenida, cefalea, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, constipación o diarrea, tos no productiva, disociación pulso temperatura. Sin embargo, ocurren muchas infecciones moderadas o atípicas roséolas tíficas (manchas rosadas en el tronco) o esplenomegalia. El estado de portador de *S. typhi* puede ser prolongado.

CRITERIO DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO:

Aislamiento de *S. typhi* de: sangre, heces u otros especímenes clínicos.

PROBABLE: un caso clínicamente compatible, que está epidemiológicamente asociado a un caso confirmado en un brote.

CONFIRMADO: un caso clínicamente compatible que es confirmado por laboratorio, con aislamiento del agente por hemocultivo, coprocultivo y /o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

POR NEXO EPIDEMIOLÓGICO: con caso confirmado por laboratorio en el curso de un brote.

5- ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

POR ALIMENTOS (ETA) N° BROTES DE ETA: se debe señalar e total de brotes que fueron detectados e investigados durante la semana epidemiológica

CASOS ASOCIADOS A BROTES DE ETA: hacen referencia al total de casos que se vieron involucrados en los brotes que fueron detectados e investigados durante la semana epidemiológica.

DEFINICIONES:

ETA: síndrome originado por la ingestión de alimentos y/o agua, que contengan agentes etiológicos en cantidades tales que afecten la salud del consumidor a nivel individual o grupos de población.

LAS ALERGIAS POR HIPERSENSIBILIDAD INDIVIDUAL A CIERTOS ALIMENTOS NO SE CONSIDERAN ETA.

Infección Alimentaría: son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con agentes infecciosos específicos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse o lisarse y producir toxinas o invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros aparatos o sistemas.

Intoxicación Alimentaría: son las ETA producidas por la ingestión de toxinas formadas en tejidos de plantas o animales, o de productos metabólicos de micro-organismos en los alimentos, o por sustancias químicas que se incorporan a ellos de modo accidental, incidental o intencional en cualquier momento desde su producción hasta su consumo.

Caso de ETA: es una persona que ha enfermado después del consumo de alimentos y/o agua, considerados como contaminados, vista la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio. De acuerdo a la definición anterior, debe considerarse la evidencia epidemiológica y/o de laboratorio, que vincule al alimento con la presencia del cuadro clínico, antes de clasificar a un individuo como caso de ETA, en tal sentido “las alergias por hipersensibilidad individual a ciertos alimentos no se consideran ETA”.

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 vehículos de la misma.

Brote Familiar de ETA: episodio en el cual dos o más personas convivientes o contactos presentan una enfermedad similar después de ingerir una comida común y en el que la evidencia epidemiológica implica a los alimentos y/o agua como origen de la enfermedad.

ENFERMEDADES INMUNO-PREVENIBLES.

1- VIRUELA

CASO CONFIRMADO: individuo de cualquier edad que presente un inicio agudo de fiebre (mas de 38,3°C, malestar y postración severa con ce falea y dolor de espalda entre dos y cuatro días antes de la aparición del sarpullido. Aparición ulterior de un sarpullido maculopapular que comienza en la cara y los antebrazos, extendiéndose luego al tronco y las piernas, y evoluciona

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

2-. PAROTIDITIS (B26)

CASO SOSPECHOSO: persona que comienza con un cuadro agudo de tumefacción parotídea uni o bilateral o tumefacción de otras glándulas salivales, que dura más de dos días, sin otra causa aparente.

CASO CONFIRMADO: es un caso probable con uno o más de los siguientes criterios:

- ✓ Confirmación por laboratorio: Cualquier título de IgM o un incremento de cuatro títulos en los anticuerpos IgG.
- ✓ Asociación epidemiológica: Contacto con caso confirmado de parotiditis en los últimos 25 días.
- ✓ Caso compatible: Es un caso probable que no fue estudiado por laboratorio y ni se demostró asociación epidemiológica.

3-. TÉTANOS NEONATAL (A33):

CASO SOSPECHOSO: todo recién nacido que durante los dos primeros días de vida succionó y lloró normalmente y que a partir del tercer día, presentó algún signo o síntoma compatible con tétanos: rigidez muscular y dificultad para succionar.

Toda muerte por causa desconocida en recién nacido entre 2 y 28 días de vida.

CASO CONFIRMADO: un caso confirmado de tétanos neonatal es el de un niño que presenta las tres características siguientes:

- ✓ Alimentación y llanto normales durante los dos primeros días de vida.
- ✓ Comienzo de la enfermedad entre el tercero y el vigésimo octavo día de vida.
- ✓ Incapacidad para succionar (trismo) seguida de rigidez (muscular generalizada) o convulsiones (espasmos musculares).

CASO DESCARTADO: un caso descartado es un caso probable que ha sido investigado y no cumple los criterios clínicos establecidos para ser confirmado. En esas circunstancias, hay que especificar el diagnóstico. Además, se debe confeccionar de modo regular un resumen de los casos descartados. Aplica para el Tétanos neonatal y no neonatal.

4-. DIFTERIA: (A36)

CASO SOSPECHOSO: toda persona que presente fiebre moderada, laringitis, faringitis o amigdalitis, además de una membrana adherente blanco—grisácea en las amígdalas, faringe o nariz.

CASO PROBABLE: un caso que cumple con la definición de caso.

CASO CONFIRMADO: un caso probable que ha sido confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio.

CASO CONFIRMADO CLÍNICAMENTE: un caso probable en el cual no se ha confirmado ningún otro diagnóstico en el laboratorio.

5.- SARAMPIÓN SOSPECHA (B05) RUBÉOLA (B06)

CASO SOSPECHOSO SARAMPIÓN: toda persona que presenta fiebre y exantema maculopapular, acompañado por una o más de las siguientes manifestaciones: tos, coriza, conjuntivitis.

CASO SOSPECHOSO RUBEOLA: todo individuo con enfermedad aguda febril y erupción morbiliforme habitualmente acompañada por adenomegalias, independientemente de la situación vacunal.

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO: es un caso sospechoso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.

CASO CONFIRMADO CLÍNICAMENTE: es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente.

CASO DESCARTADO: es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa, incluida la obtención a tiempo de una muestra de sangre, pero que no presenta pruebas serológicas que confirmen una infección por el virus del sarampión o la rubéola. Según la fuente de infección, los casos confirmados se deben clasificar además en una de estas tres categorías mutuamente excluyentes:

CASO IMPORTADO DE SARAMPIÓN: es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto al virus fuera del continente americano durante los siete a 21 días anteriores al inicio del exantema. En el caso de la rubéola, este plazo es de 12 a 23 días.

CASO RELACIONADO CON IMPORTACIÓN: es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión iniciada por un caso importado.

CASO CON FUENTE DE INFECCIÓN DESCONOCIDA: es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

6.- TOSFERINA (A37)

CASO SOSPECHOSO: individuo que presenta cuadro clínico compatible con Síndrome Coqueluchoide.

CASO PROBABLE:

- ✓ **En menores de 3 meses:** enfermedad inespecífica que cursa con cianosis y apnea desencadenadas por estímulos (alimentación) y antecedente de contacto con caso de tosferina.
- ✓ **A partir de 3 meses:** toda persona que presente tos persistente durante dos o más semanas, sin otra causa aparente y al menos, uno de los siguientes síntomas: tos paroxística, tos seguida de vómitos o estridor inspiratorio, o cualquier caso en que un profesional de salud sospeche la existencia de tosferina.
- ✓ **CASO CONFIRMADO:** todo caso probable que cumpla con alguno de los siguientes criterios:
 - **De Laboratorio:** resultado positivo para Bordetella pertussis mediante: Cultivo (aislamiento bacteriano) o Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)
 - **Clínico:** en el cual no se ha confirmado otro diagnóstico
 - **Epidemiológico:** que haya sido contacto de un caso confirmado por laboratorio durante el período de transmisibilidad (Nexo Epidemiológico)

7- VARICELA (B01)

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.

8- PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA) (G82.0)

CASO SOSPECHOSO: toda persona menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda por cualquier razón, excepto trauma grave reciente, o una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomieltis.

CASO CONFIRMADO: enfermedad paralítica flácida aguda asociada al aislamiento de poliovirus salvaje (o de poliovirus derivado cVDPV), con parálisis residual o sin ella.

CASO COMPATIBLE: enfermedad paralítica aguda con parálisis residual similar a la de la poliomieltis al cabo de 60 días, o bien falta de seguimiento o defunción, en la que no se obtuvo una muestra de heces durante los primeros 15 días siguientes al comienzo de la parálisis. Si la vigilancia epidemiológica es adecuada, la proporción de estos casos debe ser pequeña.

CASO ASOCIADO A LA VACUNA: enfermedad paralítica aguda cuyo origen se atribuye al

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

virus de la vacuna. Los casos asociados a la vacuna deben separarse de los casos de poliomielitis por virus salvaje o por virus derivado circulante. Para clasificar un caso como asociado a la vacuna han de reunirse los siguientes criterios:

- ✓ Tratarse de un caso clínico típico de poliomielitis (incluidas las secuelas);
- ✓ Haber recibido la vacuna antipolio entre cuatro y 40 días antes del comienzo de la parálisis.
Haberse aislado el virus vacunal de su muestra de heces.
La dosis implicada debe ser, de preferencia, la primera que recibe.
Hay que hacer notar en esta clasificación la palabra “asociado”, ya que la relación causal definitiva solo podría establecerse mediante el aislamiento del virus del sitio de la lesión.

CASO DESCARTADO: todo caso de enfermedad paralítica aguda del que se ha obtenido una muestra de heces adecuada dentro de los 14 días posteriores al inicio de la parálisis y que ha resultado ser negativa para poliovirus. Deberán conservarse en el laboratorio pequeñas cantidades de las muestras originales para uso futuro. Con objeto de asegurar la precisión de esta categorización, las heces sobrantes de cualquier paciente que presente parálisis residual a los 60 días o que haya fallecido deben ser analizadas en otros dos laboratorios de la red utilizando las técnicas apropiadas. Si las muestras son adecuadas y los resultados son todos negativos, el caso se deberá descartado.

9.- SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITO - SRC (P35.0)

CASO SOSPECHOSO: todo paciente en quien un trabajador de la salud sospeche Rubéola Congénita. Generalmente esto ocurre cuando un niño presenta una o más de las siguientes condiciones: cataratas, bajo peso al nacer, hepatoesplenomegalia, persistencia del conducto arterioso, o defecto de la audición: cuya madre tuvo una infección de Rubéola durante el embarazo, confirmada por laboratorio.

CASO DE SRC CONFIRMADO: caso sospechoso de SRC confirmado por laboratorio (Elisa IgM) o aislamiento viral.

CASO COMPATIBLE CON SRC: un caso compatible con SRC es un caso sospechoso de SRC, para el cual no se obtuvo una muestra adecuada.

CASO DESCARTADO DE SRC: caso sospechoso de SRC con una muestra adecuada de suero cuyo resultado es negativo para anticuerpos IgM específicos de rubéola.

OTRAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

1-. SIFILIS CONGÉNITA (A50)

CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- ✓ Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa en muestras de lesiones, placenta o cordón umbilical.
- ✓ Prueba treponémica positiva (FTA - Abs anti IgM).

SOSPECHOSO/PROBABLE: infección en el momento del parto en un recién nacido de madre con sífilis, que no está medicada o medicada incorrectamente, independientemente que el recién nacido presente o no signos de la enfermedad.

CONFIRMADO: enfermedad clínicamente compatible, confirmada por laboratorio.

2-. ENFERMEDAD VIH/SIDA (B20 – B24)

CRITERIOS DE LABORATORIO:

Definitivo

- ✓ Al menos dos pruebas negativas de anticuerpos de HIV de muestras separadas obtenidas a partir de los 6 meses de edad.
- ✓ Al menos dos pruebas virológicas negativas para HIV, de muestras separadas. Ambas muestras deben haber sido tomadas al mes (1) o más de edad y otra a los 4 o mas meses de edad.
- ✓ Ninguna otra prueba de laboratorio o evidencia de infección por HIV (Para ser preciso: sin ninguna prueba virológica positiva, de haber sido realizada y sin ninguna condición de infección por SIDA).

Criterios de laboratorio

Presuntivo

- ✓ Un niño que no cumple con los criterios descritos arriba para la definición de “no infectado” pero que tiene:
 - ✓ Una prueba de anticuerpos de HIV EIA negativa realizada a los 6 meses o más de edad y ninguna prueba virológica de HIV positiva, si fue realizada.
 - ✓ Una prueba virológica de HIV positiva con al menos dos pruebas virológicas subsecuentes negativas, al menos una realizada a los 4 o mas meses de edad; o resultados negativos para una prueba de anticuerpos de HIV realizada a los 6 o mas meses de edad.

Unidad 1.1.1.- Definiciones Epidemiológicas de Casos

- ✓ Ninguna otra evidencia laboratorial o clínica de infección por HIV (Para ser preciso: sin ninguna prueba virológica positiva, de haber sido realizada y sin ninguna condición de infección por SIDA).
- ✓ Criterio clínico u otros criterios (si los criterios definitivos o presuntivos anteriores no se encuentran).
- ✓ Clasificado por un Médico de ser un paciente “No infectado”, y la referencia de tener una historia médica con resultados de diagnósticos de HIV realizada por un médico.
- ✓ Ninguna otra evidencia laboratorial o clínica de infección por HIV (Para ser preciso: sin ninguna prueba virológica positiva, de haber sido realizada y sin ninguna condición de infección por SIDA).
- ✓ Un niño menor de 18 meses de edad nacido de una madre infectada de HIV se clasificará como una exposición a infección por HIV si el niño no cumple los criterios para infección por HIV o los criterios par los “no infectados por HIV”

3- INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS (T60)

CASO SOSPECHOSO: toda persona que después de haber tenido contacto con uno o más plaguicidas por la vía dérmica, inhalatoria, digestiva u otra, presenta en las primeras 24 horas después del contacto, manifestaciones clínicas de intoxicación que va a depender del grupo químico al que pertenece el plaguicida.

Según el Modo de ocurrencia: Intencional: Homicidio, Suicidio, Intento de Suicidio. No Intencional: Laboral, Accidental

Según el Plaguicida: Carbamatos, Órganosfosforados, Piretroides, Fungicidas, Fumigantes, Herbicidas, Órganoclorados, Rodenticidas

4- CARBUNCO O ANTRAX (10 A 22)

CASO SOSPECHOSO: enfermedad de aparición aguda caracterizada por varias formas clínicas:

Forma localizada: (más frecuente) Cutáneo: lesión cutánea que en el curso de 1 a 6 días pasa de una etapa papular a una vesicular y finalmente se convierte en una escara negra deprimida, invariablemente acompañada de edema leve o extenso.

Formas sistémicas: (esporádica)

Intestinal: malestar abdominal caracterizado por náusea, vómitos y anorexia, seguidos de fiebre.

Inhalación: pródromo breve que se asemeja a la enfermedad respiratoria vírica aguda, seguido de la aparición rápida de hipoxia, disnea y temperatura alta, con prueba radiográfica de ensanchamiento mediastínico.

Meníngeo: aparición aguda de fiebre alta, posiblemente con convulsiones y pérdida de la conciencia, signos y síntomas meníngeos.

Criterios de laboratorio para el diagnóstico: confirmación en laboratorio por uno o varios de los siguientes elementos:

- ✓ Aislamiento de *Bacillus anthracis* de un espécimen clínico (por ejemplo, sangre, lesiones, exudados)
- ✓ Comprobación de la presencia de *B. anthracis* en un espécimen clínico mediante el examen microscópico de frotis teñidos de líquido vesicular, sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, heces, etc.
- ✓ PCR (reacción en cadena de polimerasa)

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

CASO SOSPECHOSO: caso que es compatible con la descripción clínica y tiene un enlace epidemiológico con casos confirmados o presuntos en animales o con productos de origen animal contaminados.

CASO PROBABLE: caso sospechoso que en la coloración de Gram. se identifican bacilos Gram. Positivos.

CASO CONFIRMADO: caso probable que es confirmado en laboratorio mediante aislamiento o PCR.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 3. CIE-10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1995
- 2.- Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades. Segunda edición. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2002
- 3.- Norma del Programa Nacional integrado de control de la Tuberculosis. 2006
- 4.- Guía de Vigilancia Epidemiológica de la Rabia y pautas de tratamiento antirrábico. Ministerio de Salud. Venezuela.
- 5.- Manual operativo para la prevención de la Rabia Canina. República de Colombia. Ministerio de Salud.
- 6.- Guía de procedimientos para el diagnóstico y control de la Leptospirosis en Venezuela.
- 7.- Simposium Internacional de Brucelosis. Memorias 26 al 27 de Mayo 1999. Maracay, Venezuela.
- 8.- El control de las enfermedades transmisibles. Decimoctava edición. Heymann, David. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
- 9.- Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y los animales. Tercera edición. Volumen I, II, y III. Acha, Pedro. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
- 10.- Guía de Vigilancia Epidemiológica para Fiebre del Nilo Occidental. Septiembre 2005. MPPS, MPPAT, INHRR, SASA.
- 11.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Leishmaniasis Visceral en Venezuela. Octubre 2008.
- 12.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral de la Encefalitis Equina en Venezuela. Caracas, Noviembre 2002.
- 13.- Programa control de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela. MSDS, UCV, Instituto de Biomedicina. Caracas, Octubre de 2003.
- 14.- Propuesta de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Brucelosis Humana. MPPS, Julio 2007.
- 15.- Borrador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Peste. Venezuela, MPPS, INHRR. Enero, 2005