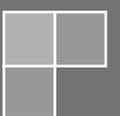


INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA “C2”

AÑO 2022

DEPARTAMENTO VIGILANCIA
DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA
ENTRE RIOS



INTRODUCCIÓN

La epidemiología y la vigilancia son dos aspectos esenciales de la salud pública que se han desarrollado de manera considerable en los últimos 10 años. El fortalecimiento de estas áreas en nuestro país se ve reflejado, entre otros aspectos en: el desarrollo e implementación de un sistema de información de base on-line y de características horizontales en el acceso a los datos; la posibilidad de integrar información de diferentes estrategias de vigilancia; el aumento en el número de las notificaciones; la mejora en la oportunidad y calidad de los datos disponibles; el incremento en la cobertura, la representatividad e integralidad de la información y la capacitación del personal de salud.

No obstante lo anterior, el desafío para la vigilancia clínica -entendida como el monitoreo de eventos de salud a partir de la información suministrada por el personal médico-, es grande y queda aún mucho camino por recorrer y cosas por mejorar. La vigilancia clínica constituye una de las principales herramientas de la epidemiología y forma parte de las actividades cotidianas de los servicios de salud. Por ello es que ponemos a disposición de los médicos, los gestores del consolidado de la información (personal responsable del armado del consolidado C2) y todo el equipo de salud que se encuentra trabajando en el nivel local y los servicios de salud en general, el siguiente material, esperando que el mismo constituya una herramienta que oriente y colabore con la práctica diaria de cada uno.

GENERALIDADES

A fines de los años '90, el Ministerio de Salud de la Nación estableció entre sus objetivos modernizar y fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, con el fin de lograr información que permita una adecuada formulación de políticas y sus ajustes coyunturales.

Durante el año 2000, se realizó una evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), y luego de un intenso proceso en el cual participaron profesionales de diferentes sectores de todo el país se detectaron las fortalezas y debilidades, así como las necesidades para mejorar su funcionamiento.

El Programa VIGI+A2 inició durante el año 2001 un proceso de fortalecimiento institucional, en el ámbito nacional y provincial, de los diferentes subsistemas de vigilancia. Durante esta fase se diseñó con los representantes de los Ministerios de Salud de la Nación y de las provincias la estructura del sistema, se seleccionan los eventos bajo vigilancia, se desarrollan las normas y procedimientos por consenso, se definen los instrumentos de notificación, las estrategias de vigilancia a utilizar, el flujo de información y estándares de calidad del sistema, incluyendo las necesidades para el análisis de datos para cada uno de los niveles.

La primera estrategia que se comenzó a fortalecer fue la clínica, a través de la implementación del módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2). En el siguiente cuadro se observan diferentes momentos de importancia de dicha implementación.

Los **nodos** propuestos fueron incrementándose, al mismo tiempo que se comenzó la evaluación de su actividad, su cobertura, oportunidad y regularidad. Asimismo se desarrollaron diferentes metodologías para evaluar la implementación del Sistema.

En este marco, el fortalecimiento del sistema de vigilancia se fundamentó en la necesidad de incorporar la operación horizontal de la red y el desarrollo de herramientas de análisis en línea y fuera de línea, lo cual exigía la modernización de las tecnologías. La iniciativa integraba la adquisición de nuevos equipos de computación, la incorporación de recursos humanos, capacitación y el desarrollo de un sistema informático de carácter modular con ingreso de la información on-line.

Entre el año 2002 y el 2006 se inicia un proceso gradual de cambio para desarrollar e implementar un Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud que respondiera a las características de sistematicidad y unicidad de la propuesta de vigilancia; así, se crea un sistema informático en línea que constituyó la herramienta tecnológica utilizada actualmente para la notificación de eventos de notificación obligatoria.

VIGILANCIA DE LA SALUD

La vigilancia “es el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control”. (OPS, 2002).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Conjunto de actividades y procedimientos sobre eventos definidos de notificación obligatoria, que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control rápido de dichos eventos.

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ES UN PROCESO QUE PRODUCE INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN.

En términos prácticos, la vigilancia se entiende como la observación sistemática y continua de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. Todo sistema de vigilancia debe estar amparado por un marco legal propio del Estado que garantice la operación eficiente de dicho sistema.

Este concepto tiene dos componentes básicos:

- La medición sistemática de problemas prioritarios de salud en la población, el registro y la transmisión de datos.

- La comparación e interpretación de datos con el fin de detectar posibles cambios en el estado de salud de la población y su ambiente.

Esta definición destaca **tres características de la vigilancia**:

- es un proceso continuo y sistemático**, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo, ni se puede ejecutar sin métodos;
- es un proceso de observación de tendencias**; y,
- es un proceso de comparación**, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población e incluye las expectativas y la ideología del actor que tiene a cargo tanto la vigilancia como las acciones para la prevención y el control.

ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO's)

Las estrategias de los sistemas de vigilancia son muy variadas, aunque básicamente pueden agruparse de acuerdo a su principal propósito: simplificar procedimientos y aumentar la eficiencia del sistema, aumentar la cobertura del sistema o investigar en profundidad un evento en la población.

En nuestro país para la vigilancia de eventos de notificación obligatoria es la vigilancia clínica a través del módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Esta estrategia consiste en establecer un conjunto de eventos cuya notificación a las autoridades competentes es **obligatoria**, jerarquizando sólo la información más relevante de cada evento en particular. A su vez, se encuentra en el marco de los llamados **sistemas de alerta temprana**, cuya función básica es detectar en forma oportuna situaciones que puedan representar riesgo para la salud pública. Este sistema prioriza ante todo el aumento de la sensibilidad, es decir, obtener información no necesariamente confirmada pero rápida y ágil (incluye la obtenida por entrevistas informales o por monitoreo de noticias).

La Vigilancia de los ENO's a través de la vigilancia clínica es la estrategia más utilizada en todo el mundo ya que es una estrategia simple, poco costosa y eficiente. Posee carácter histórico en cada país, ya que permite observar el comportamiento de los eventos a lo largo del tiempo. La información suministrada es de carácter universal por cuanto incluye a todas aquellas personas que consultan.

En cuanto a la forma en que se recolecta la información, es una **estrategia pasiva** ya que para la obtención de los datos no se realizan búsquedas especiales de casos sino que se emplean las **fuentes secundarias** de la información como los registros de la consulta externa, los registros de los servicios de urgencias, guardia, egresos, internación, entre otros.

MARCO LEGAL

En 1960 se promulgó la Ley 15.465 "De Notificaciones Médicas Obligatorias" a través del decreto del Poder Ejecutivo Nº 12.833 del 31/10/60; en 1966 se modificó esta Ley y su reglamento, realizándose en 1979 el último

cambio a través del decreto Nº 2.771, referente a un nuevo agrupamiento de enfermedades, no interfiriendo en el espíritu de la Ley.

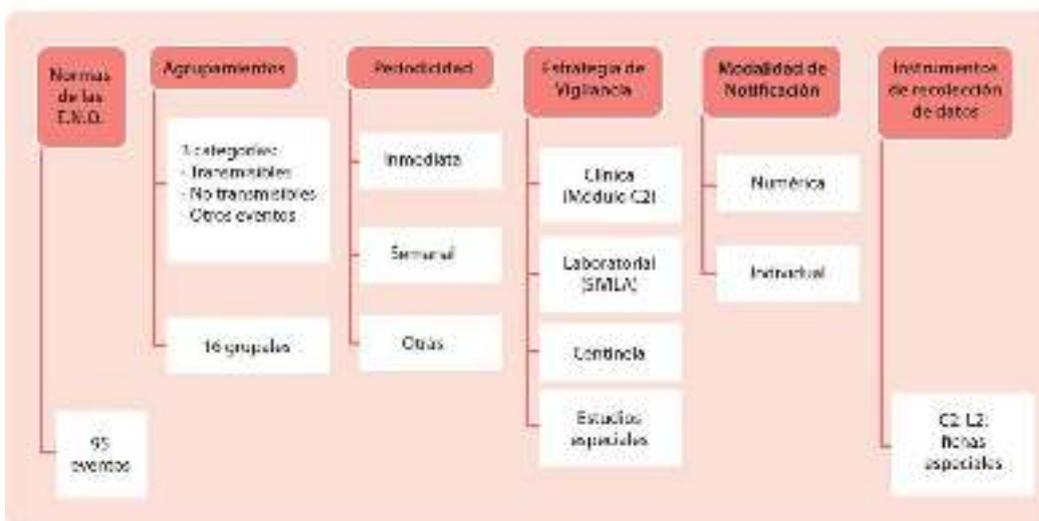
En 1993 se establecieron acuerdos sobre conceptos generales e instrumentos de la vigilancia, dando lugar a la Resolución Ministerial Nº 394, que incorpora la “Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica” al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En mayo de 1995, mediante la Resolución del Secretario de Salud Nº 88, se constituye la “Comisión Asesora sobre Vigilancia Epidemiológica”, la que debe orientar acerca de los aspectos operativos y de procedimiento. A fines de ese mismo año, se publica la primera edición del Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica, que se revisa y actualiza en 1999 y en 2007.

Entre el 2007 y el 2010 se afianza la notificación a través del SNVS y se legitima el uso de la resolución 1715/2007 utilizando en un sistema de información particular los eventos normatizados.

Durante el 2010 comienza un proceso de revisión del mismo que incluye a las direcciones de epidemiología, los programas y distintos actores involucrados. La propuesta consiste en actualizar la nómina de enfermedades de notificación obligatoria, su agrupamiento, periodicidad, estrategias, herramientas a utilizar en la recolección de los datos, y el flujo de la información del sistema a la luz de los objetivos de prevención y control con equidad.

Características para la notificación de los ENO



Fuente: Manual de Normas y procedimientos, resolución ministerial 1715/2007.

El SNVS pretende integrar las estrategias de vigilancia clínica, laboratorial, unidades centinela y de programas específicos a través de una plataforma web, para la llegada de información on-line a diferentes centros decisores.

Esta red virtual permite la notificación de los distintos eventos y posibilita a través de sus lineamientos el análisis sistemático y rápido de la información disponible.

El SNVS está concebido de manera modular, a fin de permitir el desarrollo independiente y compatible entre sí de los distintos sistemas de vigilancia: módulo de Vigilancia Clínica (“C2”), de Vigilancia Laboratorial (SIVILA), de Vigilancia Centinela, de Programas Nacionales de TBC, Inmunizaciones, etc. Cada sistema, y su estrategia, se desarrollaron en paralelo y cuentan con distintos grados de avance.

Respecto de los datos notificados al sistema, cada nivel cumple una función diferenciada:

- **Nivel local:** generación de datos. Las tareas son recolección, depuración, clasificación y notificación de los datos. Realiza el primer nivel de análisis, consistente en una valoración sintética en tiempo, espacio y persona e inicia de acuerdo a la disponibilidad de recursos las acciones de control y prevención.
- **Nivel Jurisdiccional:** realiza el análisis de la información e integra la información procedente de los distintos componentes del subsistema general. Esta empieza con el procesamiento estándar de la información en tiempo, espacio y persona para la identificación de las situaciones epidémicas y otras características.
- **Nivel nacional:** realiza el análisis de la información, como síntesis del país. Identifica los problemas de ámbito general y de mayor impacto, cambios de tendencia y se orienta hacia la planificación, ejecución y evaluación de programas.

Los sistemas de información para la vigilancia operan básicamente con dos modelos: de operación vertical o de operación horizontal.

- **Operación vertical:** El tradicional donde la “red” de instituciones que participan en la vigilancia operan en realidad como una “pirámide” donde la información “sube” al menos pasando por tres niveles: 1º desde los centros de salud más periféricos hasta el nivel local, 2º desde el nivel local al nivel intermedio (departamento o provincial, 3º de este nivel intermedio al nivel central nacional.
- **Operación Horizontal:** Sustentada en el desarrollo de la tecnología informática y de las comunicaciones, permite crear una red real, donde los diferentes niveles del sistema incluso desde un centro de salud u hospital, no importa el lugar del país en que estén, pueden mediante su conexión a Internet notificar y “acceder” a la información que está disponible en una única base de datos ubicados en un servidor central. Estos sistemas permiten que la información sea utilizada en cada uno de los niveles del sistema, no es necesario esperar la “retroalimentación” para estar informados, de lo que pasa en una zona, departamento o en todo el país.

De acuerdo a lo anterior, una de las características principales del SNVS es contar con una lógica de funcionamiento horizontal, ya que todos los nodos que participan del proceso de carga de los datos cuentan con la posibilidad de visualizar y de realizar comparaciones con otras jurisdicciones, favoreciendo la implementación de las acciones

correspondientes. Sin embargo, aunque los distintos niveles que componen el sistema, local, zonal, provincial y nacional, tienen aspectos comunes, cada uno tiene distintas responsabilidades y funciones en relación a la generación y análisis de los datos.



FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA CLÍNICA

La estrategia de vigilancia clínica implica la recolección sistemática de los casos que fueron atendidos y registrados por los médicos en los distintos efectores de salud.

Los casos que corresponden a un ENO son consolidados por personal capacitado en una planilla (resumen de casos) conocida como “La C2”, que incluye también los datos de los libros de guardia, la información de los pacientes internados y egresos, entre otros ámbitos de recolección.

En esta C2 se registran los eventos de dos maneras diferentes, por un lado, **agrupados por edades** (eventos que requieren acciones colectivas de control y que tienen alta incidencia como diarrea, gripe, accidentes), y por el otro se registran eventos de manera **individual** con datos mínimos (edad, sexo, lugar de residencia, entre otros).

Estos últimos requieren acciones individuales de control y generalmente se presentan en un número muy inferior de casos, a su vez, se debe completar una ficha de investigación.

La información de la hoja o consolidado “C2” es incorporada al sistema en los distintos nodos del módulo C2 del SNVS.

Esto permite al nivel local, provincial y nacional conocer la magnitud de los problemas que han sido registrados y notificados por los diferentes efectores.

ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- **Recolectar y notificar los datos**
- **Consolidar, procesar y analizar los datos**
- **Formular recomendaciones para la intervención oportuna**
- **Difundir la información**
- **Supervisar y evaluar**

Todos los niveles del sistema de salud tienen la responsabilidad y la competencia de llevar adelante las actividades de vigilancia epidemiológica.



ARMADO DEL CONSOLIDADO C2

La estrategia de vigilancia clínica tiene como fuente la identificación y recolección de los casos que fueron registrados en los libros de guardia y la información de los pacientes internados.

Estos datos son traspasados a la planilla conocida como “consolidado C2”.

En la C2 se registran los eventos de dos maneras diferentes: los agrupados por edades (eventos que requieren acciones colectivas de control y que en tienen una alta incidencia), y los individuales (con datos mínimos de edad, sexo, lugar de residencia) de los eventos que requieren acciones individuales de control y que generalmente se presentan en un número muy inferior de casos.

La información de la hoja o consolidado C2 es incorporada al sistema en los distintos nodos del módulo C2 del SNVS. Esto permite al nivel local, provincial y nacional conocer la magnitud de los problemas que han sido registrados y notificados por los diferentes efectores.



SNVS
Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud



Departamento: _____

Localidad: _____

Año: _____

Nombre del Establecimiento: _____ Semana Epidemiológica: _____

Eventos de Notificación Colectiva (Por Grupos de Edades y / o Número total de casos)															
Eventos	Total	< 6 m	6 a 11 m	12 a 23 m	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 64	65 a 74	> a 75	SEsp
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL															
Secreción Genital en Mujeres															
Secreción Genital Purulenta en VARONES															
Secreción Genital S/E en VARONES															
SÍFIS temprana en VARONES															
SÍFIS temprana en MUJERES															
SÍFIS sin especificar MUJERES (ITS)															
SÍFIS sin especificar VARONES (ITS)															
GASTROENTERICAS															
Diarreas															
INMUNOPREVENIBLES															
Varicela															
Paratuberculosis															
LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS															
Accidentes del HOGAR															
Accidentes V/ALES															
Accidentes SIN ESPECIFICAR															
RESPIRATORIAS															
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)															
Neumonía en pacientes ambulatorios															
Neumonía en pacientes internados															
Neumonía (sin especificar)															
Bronquitis < 2 años ambulatorios															
Bronquitis < 2 años internados															
Bronquitis < 2 años (sin especificar)															

IMPORTANTE: LOS EVENTOS DE NOTIFICACION NOMINAL SE REGISTRAN A TRAVES DE LAS FICHAS ESPECIFICAS PARA CADA PATOLOGIA

EVENTOS, DEFINICIONES DE CASOS Y MODALIDAD DE VIGILANCIA A TRAVÉS DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD (SNVS 2.0)

EVENTOS DE NOTIFICACION INDIVIDUAL INMEDIATA ANTE CASOS SOSPECHOSOS POR CLÍNICA Y LABORATORIO

Modalidad de notificación: INDIVIDUAL

Instrumento de notificación: FICHA INDIVIDUAL, SNVS 2.0 (clínica –laboratorio-epidemiología)

Periodicidad: INMEDIATA (ante la sospecha clínica)

I.- GASTROENTÉRICAS

Grupo de Eventos: BOTULISMO

- **BOTULISMO CIE10: A05-1**

El botulismo es una enfermedad que produce parálisis flácida, causada por neurotoxinas de *Clostridium botulinum*.

Botulismo alimentario por ingestión de la toxina en alimentos contaminados por mala cocción o conservación;

Botulismo por heridas contaminación de lesiones por tierra o arena contaminada.

La transmisión alimentaria es poco frecuente pero puede matar rápidamente, por lo que resulta una emergencia para los sistemas de salud y debe ser reportado en forma INMEDIATA a las autoridades de Salud Pública.

- **BOTULISMO DEL LACTANTE: (en menores de 1 año, originado por esporas en alimentos, polvo o miel)**

Intoxicación grave que surge después de ingerir la toxina preformada presente en alimentos contaminados.

Caso Sospechoso: paciente con cuadro neurológico, parálisis bilateral, simétrica, descendente, visión borrosa, diplopía, mucosas secas, disfagia, ptosis palpebral, midriasis (50%) hasta cuadriplejía

Caso Confirmado: caso sospechoso con:

- Identificación de las toxinas específicas en suero, materia fecal, contenido gástrico o alimentos
- Detección de *C. botulinum* en materia fecal por cultivo
- Por nexo epidemiológico con caso confirmado

Grupo de Eventos: **DIARREAS BACTERIANAS Y PATÓGENOS DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA**

- **ALIMENTOS VINCULADOS A CASOS O BROTES**

- **COLERA CIE 10: A001**

Diarrea brusca, acuosa y profusa con deshidratación en mayores de 5 años o síndrome gastroenterocolítico que provenga de zona endémica o epidémica.

Caso Confirmado: aislamiento en heces o vómito de *Vibrio cholerae*.

- **DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS Y BACTERIANAS**

Personas de cualquier edad y sexo que presenten al menos un episodio de diarrea sanguinolenta o mucosa acompañado de fiebre y/o dolor abdominal y/o tenesmo; que al examen de laboratorio presente 5 o más polimorfonucleares por campo.

Sinónimos diagnósticos: Diarrea con sangre, Disentería, Diarrea sanguinolenta, Diarrea bacteriana con sangre

*Importante: si Ud. Identifica en el informe diario de consulta médica algún motivo de consulta en el que consigne **diarrea sanguinolenta, gastroenteritis con o sin deshidratación, enterocolitis, GEA (gastroenteritis aguda), EDA (enfermedad diarreica aguda), diarrea aguda, diarrea acuosa, colitis, disentería, enteritis, con o sin identificación del agente etiológico.***

Identifique inmediatamente al médico firmante y a su referente epidemiológico para llenar la planilla individual y comenzar la intervención correspondiente a nivel comunitario.

Recuerde que las acciones deben realizarse ante la sospecha. Es necesario efectuar un coprocultivo al paciente para identificar el agente etiológico y la investigación de los alimentos y agua consumidos, además de los antecedentes de diarrea en el núcleo familiar o escolar.

Grupo de Eventos: **FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA**

- **FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA CIE 10 A01.0-A01.1-A01-4**

Enfermedades bacterianas que se caracterizan por comienzo insidioso, con fiebre continua, cefalgia intensa, malestar en general, anorexia, manchas rosadas, tos.

La fiebre paratifoidea presenta un cuadro clínico inicial semejante, menos intenso.

Caso sospechoso: enfermedad clínicamente compatible.

Caso confirmado: paciente con clínica compatible con aislamiento del agente etiológico de la sangre en la fase inicial de la enfermedad y de la orina y heces después de la primera semana. El hemocultivo es el estudio fundamental para

el diagnóstico. Por su especificidad y sensibilidad limitada las pruebas serológicas de anticuerpos aglutinantes (Widal) tiene poca utilidad diagnóstica.

Grupo de Eventos: INTOXICACIÓN POR MOLUSCOS

• INTOXICACIÓN POR MOLUSCOS

Intoxicación producida por el consumo de mariscos contaminados. Los síntomas van a depender de la concentración de la toxina en el marisco y de la cantidad de marisco contaminado ingerido. Pueden desarrollarse rápidamente, de 30 minutos a 2 horas después de la ingesta del marisco. Las víctimas están conscientes y vigilantes durante toda la enfermedad. En casos severos, es común la parálisis respiratoria, y la muerte ocurre si no hay soporte respiratorio. Cuando éste se aplica dentro de 12 horas de exposición, generalmente la recuperación es completa, sin efectos colaterales. En casos raros, debido a la acción hipotensora de la toxina, puede haber muerte por colapso cardiovascular, pese al soporte respiratorio. El diagnóstico de la intoxicación por mariscos se basa principalmente en las observaciones de los síntomas y en el histórico alimentario reciente.

Caso sospechoso: Parestesia de boca y extremidades y síntomas gastrointestinales con antecedentes de ingestión de crustáceos y mariscos en época de veda.

Caso confirmado: Detección de la toxina en el contenido gastrointestinal y/o en los alimentos identificados epidemiológicamente.

Es una enfermedad de denuncia obligatoria, debiéndose informar a la autoridad sanitaria local en forma inmediata. La notificación de los casos es individualizada a través de C2. Se actúa como brote alimentario a través de la búsqueda activa de posibles consumidores del mismo alimento.

Grupo de Eventos: SUH y Diarreas por STEC

- **ALIMENTOS VINCULADOS A CASOS O BROTES**
- **DIARREA AGUDA (SOLO AGUDA SANGUINOLENTA Y POR STEC)**
- **SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO CIE10: A04.3**

Enfermedad aguda, que se caracteriza por *insuficiencia renal aguda*, trombocitopenia y anemia hemolítica. Puede presentarse con diarrea previa o no y la *diarrea hemorrágica puede o no ser evidente*.

En Argentina, el agente etiológico más comúnmente asociado al SUH es un patógeno zoonótico transmitido por los alimentos y el agua: la bacteria *Escherichia coli* productora de la toxina Shiga (STEC), cuyo serotipo más frecuente es O157:H7, aunque hay más de 100 serotipos que poseen un potencial patogénico similar.

Caso confirmado: Paciente de cualquier edad (especialmente niños) que presenta en forma aguda: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y compromiso renal.

El único tratamiento disponible actualmente para los pacientes con SUH es de sostén. Generalmente incluye el control de fluidos y electrolitos, el control de la hipertensión, y el uso de diálisis y transfusiones de sangre de acuerdo al estado de la función renal y al grado de anemia. El tratamiento con antibióticos está contraindicado en casos de sospecha o confirmación de infecciones con STEC entéricos ya que se ha asociado con el desarrollo de SUH, así como el uso de drogas que inhiben la motilidad intestinal, o agentes anti-diarreicos en general en niños con diarreas agudas ya que se han registrado mayor número de complicaciones y prolongación de la sintomatología. La rápida identificación de los pacientes infectados con STEC resulta importante para evitar el tratamiento incorrecto de la enfermedad.

La vigilancia epidemiológica resulta necesaria para identificar casos de STEC simultáneos en áreas geográficas separadas, identificar el vehículo de transmisión y establecer las medidas de intervención correspondientes, además de focalizar actividades de vigilancia y detectar brotes.

Grupo de Eventos: **TRIQUINELOSIS**

- **ALIMENTOS VINCULADOS A CASOS O BROTES**
- **TRIQUINOSIS CIE10: B75**

Síntomas gastrointestinales que aparecen varios días después de la ingestión de carne cruda o mal cocida que contiene carne de cerdo, chacinados o embutidos mal cocidos, en especial si son de elaboración casera. Se confirma por laboratorio y biopsia.

Caso sospechoso: toda persona con antecedente de haber ingerido carne de cerdo o de animal silvestre, que presente fiebre, edema facial, mialgias, conjuntivitis ocular tarsal bilateral y diarrea.

Caso probable: Caso sospechoso con eosinofilia y enzimas musculares con actividad elevada (LDH, CPK, etc.)

Caso confirmado: Caso probable con Diagnóstico inmunológico (+) (ELISA, IFI, Western blot) luego del estudio de tres muestras seriadas, analizadas con intervalos de 30 días.

Grupo de Eventos: TOXO-INFECCIÓN ALIMENTARIA

- **ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (incluye alimentos vinculados a casos de brotes)**

Aparición de un *mismo cuadro gastroentérico, neurológico* o ambos en un lapso breve de tiempo (horas a días) en *dos o más personas* que han compartido en mismo alimento (incluyendo agua)

Si Ud. Detecta en su institución dos o más personas que acuden en un corto lapso de tiempo con síntomas gastroentéricos, complete la ficha correspondiente y denúncielo inmediatamente. Es necesario efectuar un coprocultivo al paciente para identificar el agente etiológico, investigar los alimentos y agua consumidos, además de los antecedentes de diarrea en las personas implicadas.

Caso sospechoso: toda persona que presenta cuadro gastroentérico y/o neurológico, en un lapso, en general breve, pero que puede llegar a manifestarse de horas hasta días.

Casos confirmado: caso sospechoso que, a través de estudios microbiológicos o de identificación de tóxicos y/o químicos, de las muestras de material biológico humano, o de los alimentos involucrados, se identifica agente patógeno y /o sustancia tóxica.

Brote sospechoso: cuando dos o más personas presentan una sintomatología similar, después de ingerir alimentos y/o agua, del mismo origen. Hay patología como: botulismo o Intoxicaciones paralítica por Moluscos que por su gravedad, solo caso es considerado “brote” y la investigación para la búsqueda de más casos debe realizarse de manera urgente.

Brote confirmado: brote sospechoso, con resultados de laboratorio de estudios de muestras de origen humano, alimentario. La falta de toma de muestras hace que muchos brotes se confirmen por evidencia epidemiológica, perdiendo de esta manera la oportunidad de conocer el origen del mismo.

El final del brote se notifica cuando han terminado los casos.

II.- INMUNOPREVENIBLES

Grupo de Eventos: COQUELUCHE

- **COQUELUCHE CIE10: A37**

Menores de 6 meses: Infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.

Mayores de 6 meses hasta 11 años: Tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.

Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante.

Caso Confirmado: Paciente con clínica compatible con Coqueluche con confirmación mediante Cultivo de secreciones nasofaríngeas, PCR, o nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso probable: paciente con clínica compatible con coqueluche y sin confirmación por laboratorio (no estudiado o resultados de laboratorio no conclusivos) y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio. Paciente con clínica incompleta o datos insuficientes y con resultado positivo por PCR o por seroconversión.

Caso descartado: clínica incompleta o datos insuficientes, y con resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

Sinónimos diagnósticos: tos convulsa, tos coqueluchoide, tos quintosa, coqueluche, etc., identifique inmediatamente el médico firmante y a su referente epidemiológico para llenar la planilla individual y comenzar la intervención correspondiente a nivel comunitario.

Recuerde que las acciones deben realizarse ante la sospecha. Es necesario realizar toma de muestra, quimioprofilaxis a los convivientes, completar esquemas de vacunación a los menores de 6 años y monitoreo rápido de cobertura en el barrio en donde vive el niño.

Grupo de Eventos: **DIFTERIA**

- **DIFTERIA CIE 10: A36**

Laringitis, faringitis o amigdalitis y membrana blanco grisácea nacarada adhesiva de las amígdalas, faringe o nariz que sangra al forzar para desprenderla.

Caso Confirmado: aislamiento del *Corynebacterium diphtheriae* o con nexo epidemiológico.

Grupo de Eventos: **POLIOMIELITIS-PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS**

- **POLIOMIELITIS - PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS CIE10: A80**

Enfermedad inmunoprevenible. La poliomielitis es una enfermedad vigilada por la OMS con el objetivo de su erradicación mundial. Los sistemas nacionales de salud deben informar a la OMS sobre los casos individuales, detallar su naturaleza y la extensión de la transmisión del virus.

Caso sospechoso: Caso de parálisis aguda y fláccida en una persona menor de 15 años.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio (aislamiento viral de poliovirus salvaje).

Caso asociado a la vacuna: PAF en la que el virus vacunal es la causa de la misma, entre 4 y 40 días de haber recibido la vacuna, o haber tenido contacto con vacunado y secuelas luego de los 60 días.

Caso compatible (poliomielitis compatible): todo caso sospechoso, sin estudio de laboratorio y seguimiento por muerte o caso vinculado a uno confirmado.

Caso descartado (no poliomielitis): enfermedad parálitica aguda con muestras adecuadas de heces y con resultado negativo para poliovirus salvaje.

Se deben tomar muestras de heces constituyen el material más adecuado para el aislamiento de poliovirus. Los mejores resultados de aislamiento se alcanzan con las muestras fecales recogidas en la fase aguda de la enfermedad, dentro de los 15 días de comenzado el cuadro.

Sinónimos diagnósticos: Enfermedad parálitica aguda, Síndrome de Guillán Barré, mielitis transversa, poliomielitis, parálisis discalémica, meningoencefalitis, poliradiculoneuropatías en menores de 15 años.

Grupo de Eventos: **ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA-EFE**

- **RUBÉOLA (EFE)**

Es una enfermedad viral que produce exantema febril, benigna cuando se produce en la infancia. El virus de la rubéola puede afectar el feto cuando infecta a mujeres embarazadas, fundamentalmente en el primer trimestre de gestación y producir el síndrome de rubéola congénita (SRC).

Dado que existe una vacuna efectiva contra esta enfermedad es de vital importancia vigilar los casos sospechosos de rubéola para evitar el contagio a mujeres susceptibles y de ese modo el SRC.

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que consulta por fiebre de 1 a 5 días y/o exantema y/o adenopatías cervical, occipital, retroauricular y/o artralgias.

Caso confirmado: Caso sospechoso confirmado por laboratorio o por nexo epidemiológico de caso confirmado.

Es necesario realizar toma de muestra frente a un caso sospechoso para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías e iniciar inmediatamente frente a un caso sospechoso acciones de bloqueo y control de foco.

- **SARAMPIÓN CIE10: B05(EFE)**

Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios clínicos de: fiebre, exantema generalizado, más cualquiera de los siguientes catarros: nasal, conjuntival, bronquial. Se confirma por laboratorio o nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

Importante: si Ud. Identifica en el informe diario de consulta médica algún motivo de consulta en el que consigne **enfermedad febril eruptiva, fiebre con erupción, eruptiva, exantema, etc**, comuníquese con el médico firmante y con su referente epidemiológico para descartar que se trate de alguna de las enfermedades febriles eruptivas que necesiten extracción de sangre para el diagnóstico diferencial de sarampión y rubéola. Recuerde que las acciones deben realizarse ante la sospecha de las mismas.

- **RUBÉOLA CONGÉNITA**

Caso sospechoso: Recién nacido o lactante menor de 11 meses en el que se sospeche uno o más de los síntomas referidos en la descripción: sordera, cataratas, glaucoma, microftalmia, ductus persistente, comunicación interventricular o interauricular, coartación de aorta, miocardiopatía, estenosis periférica pulmonar. Pueden o no estar acompañados por: bajo peso al nacer, púrpura, ictericia, hepatoesplenomegalia, microcefalia, retraso mental, meningoencefalitis, osteopatía radiolúcida, etc. Estas manifestaciones se presentan aisladas o combinadas. O la madre tuvo confirmación o sospecha de infección de rubéola durante el embarazo.

Caso confirmado: Caso sospechoso de SRC confirmado por serología o aislamiento viral.

Caso descartado: Caso sospechoso con IgM antirubeólica (-) o serología positiva para otra etiología.

Es necesario buscar en registros semanales de laboratorio y servicios de neonatología.

Grupo de Eventos: PAROTIDITIS

- **PAROTIDITIS CIE10: B26**

Caso sospechoso: Enfermedad de comienzo agudo con tumefacción uni o bilateral, autolimitada a la parótida u otra glándula salival, de duración igual o mayor a 2 días y sin otra causa aparente.

Caso confirmado: Caso sospechoso relacionado epidemiológicamente con otro caso confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no precisa reunir las características de la definición de caso sospechoso.

En caso de brotes, se notifica con **ficha específica**, el laboratorio confirma con dosaje de anticuerpos IgM de parotiditis en saliva, RT-Nested-PCR específica para parotiditis o aislamiento del virus en muestras clínicas. Además se realizan técnicas de secuenciación genómica para determinar el genotipo circulante y si es un virus salvaje o vacunal. En este último caso es necesario considerar la formulación de la vacuna utilizada. Se sabe que hay cepas vacunales de parotiditis que se relacionan con mayor frecuencia a la aparición de efectos adversos. Las cepas utilizadas son la

Jeryl Linn, la L-Zagreb, Leningrad 3, Urabe y RIT 4385. Las cepas que con más frecuencia se asocian a la aparición de efectos adversos son la Urabe y la L-Zagreb

Grupo de Eventos: **TÉTANOS**

- **TÉTANOS NEONATAL CIE10: A33**

Recién nacido que después de los primeros días de succionar normalmente, comienza a tener dificultad progresiva hasta la incapacidad de alimentarse. Se confirma clínicamente.

- **TÉTANOS OTRAS EDADES CIE10: A35**

Paciente con espasmos localizados o generalizados a predominio cefálico, grave o que puedan ser agravados por estímulos externos, con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables). Inmunoprevenible.

III.- MENINGOENCEFALITIS

Grupo de Eventos: **MENINGOENCEFALITIS**

Evento:

- **MENINGOENCEFALITIS:**

Clasificación en el SNVS 2.0:

- ✓ Meningoencefalitis bacteriana
- ✓ Meningoencefalitis bacteriana – Haemophilus influenzae
- ✓ Meningoencefalitis bacteriana – Neisseria meningitidis
- ✓ Meningoencefalitis bacteriana – Streptococcus pneumoniae
- ✓ Meningoencefalitis bacteriana – otros agentes
- ✓ Meningoencefalitis intrahospitalaria
- ✓ Meningoencefalitis micótica o parasitaria
- ✓ Meningoencefalitis secundaria
- ✓ Meningoencefalitis sin especificar etiología
- ✓ Meningoencefalitis viral
- ✓ Meningoencefalitis viral - enterovirus
- ✓ Meningoencefalitis viral – otros agentes
- ✓ Meningoencefalitis viral – urleana

Las meningitis son un proceso inflamatorio, en su mayoría infeccioso, de las membranas que recubren el sistema nervioso central, cuando este proceso se extiende al parénquima cerebral se denomina meningoencefalitis.

La vigilancia individualizada de todos los tipos de meningitis permite medir y detectar epidemias e intervenir oportuna y adecuadamente en los brotes.

La sospecha y el diagnóstico oportuno son importantes para la adecuada atención de los enfermos. La notificación de los casos es fundamental para la intervención oportuna sobre los contactos y la comunidad.

Existen dos grandes grupos: a **líquido purulento**, bacterianas o sépticas y a **líquido claro**, virales y otras (tuberculosa, micóticas, parasitarias), o asépticas.

Etiología: infecciosa (bacteriana, viral, micótica, parasitaria), inmune, agentes tóxicos, metabólica.

La clínica varía desde cuadros asintomáticos a graves y óbito.

La clasificación de las meningoencefalitis depende del examen de laboratorio, la sintomatología característica, de la toma previa de antibióticos antes de la punción y de la sospecha clínica cuando no es posible arribar a un diagnóstico de laboratorio.

- **MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS**

Cuadro meníngeo con examen microscópico de frotis con presencia de **diplococos gram negativos**.

Caso confirmado: Identificación de polisacáridos Meningocócicos o aislamiento del Meningococcus de LCR, sangre u otros fluidos.

Este tipo de meningitis requiere de quimioprofilaxis dentro de las 24 horas para los convivientes o contactos íntimos del caso índice

- **MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE CIE10: G00.0**

Enfermedad inmunoprevenible que afecta niños entre 2 meses a 5 años.

Cuadro meníngeo con examen microscópico de frotis con presencia de **coco-bacilos gran negativos**; se confirma con identificación de polisacáridos capsulares específicos o aislamiento del Haemophilus de LCR, sangre u otros fluidos.

Este tipo de meningitis requiere de quimioprofilaxis dentro de las 24 horas para los convivientes o contactos íntimos del caso índice

- **MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE**

Cuadro meníngeo con examen microscópico de frotis con presencia de **diplococos gram positivos**; y se confirma con identificación de polisacáridos capsulares específicos o aislamiento del neumococo de LCR, sangre u otros fluidos.

- **MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA EN MENORES DE 5 AÑOS CIE10: A15-A19**

Niño con *síndrome meníngeo*, con compromiso de pares craneanos y LCR claro u opalescente, elevación de albúmina, descenso de glucosa y aumento de glóbulos blancos. Antecedente de contacto con paciente bacilífero.

- **MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS POR OTROS AGENTES**

Se clasifican dentro de este grupo cuando el agente que la produce no es H. Influenzae, Meningococo ni Neumococo.

- **MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS SIN ESPECIFICAR AGENTES**

Se clasifican dentro de este grupo cuando no se puede especificar la bacteria.

- **MENINGOENCEFALITIS VIRAL SIN ESPECIFICAR AGENTE**

Fiebre de comienzo repentino, con signos y síntomas de *ataque meníngeo*, pleocitosis en el LCR, aumento de proteínas, glucosa normal y *ausencia de bacterias piógenas*.

Se confirma con laboratorio. Puede ser causado por muy diversos virus, bacterias y hongos.

Las causas más diagnosticadas de meningitis asépticas en nuestro país son los *enterovirus y el virus de la parotiditis*. Algunos virus como *Herpes simplex, sarampión, Varicela y Arbovirus* pueden causar cuadros mixtos (meningoencefalitis).

En gran parte de los casos no hay un agente demostrable. La incidencia de tipos específicos varía según el lugar y la época.

Caso sospechoso: fiebre de comienzo repentino, con signos y síntomas de ataque meníngeo,

pleocitosis en el LCR(por lo regular mononuclear pero puede ser polimorfonuclear en las etapas incipientes), aumento de proteínas, tasa de glucosa normal y ausencia de bacterias piógenas. Rara vez es grave.

Caso Confirmado: depende del laboratorio. Las técnicas moleculares para el diagnóstico virológico que están disponibles en nuestro medio son para Enterovirus, Herpes Simplex Tipo I y III, Varicela Zoster, Citomegalovirus, Epstein Barr; entre los principales.

Importante: si Ud. Identifica en el informe diario de consulta médica algún motivo de consulta en el que consigne síndrome meníngeo, cuadro meníngeo, rigidez de nuca, etc, comuníquese con sala de internación o averigüe su derivación, identifique inmediatamente el médico firmante y a su referente epidemiológico para llenar la planilla individual y comenzar la intervención correspondiente a nivel comunitario. Recuerde que las acciones de quimioprofilaxis deben realizarse ante la sospecha de meningitis a Meningococcus o a Haemophilus.

Grupo de Eventos: **OTRAS INFECCIONES INVASIVAS**

Evento:

- **OTRAS INFECCIONES INVASIVAS (BACTERIANAS U OTRAS)**

Clasificación en el SNVS 2.0:

- ✓ **Caso por *Haemophilus influenzae***
- ✓ **Caso por *Neisseria meningitidis***
- ✓ **Caso por *Streptococco pneumoniae***
- ✓ **Caso por otro agente invasivo**

- **ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA INVASIVA (EMI)**

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una infección grave causada por la bacteria *Neisseria meningitidis* también conocida como meningococo.

La *Sepsis meningocócica*: es una enfermedad grave causada por la invasión y proliferación del meningococo dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos. Es una forma de EMI que evoluciona rápidamente, con petequias, que no desaparecen al comprimirlas con un vaso de cristal. La persona afectada puede presentar escalofríos, fiebre alta, malestar general, respiración acelerada, frecuencia cardíaca rápida, somnolencia exagerada y confusión mental, y puede afectar y alterar varios órganos a la vez.

IV.- VECTORIALES

Grupo de Eventos: **SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI)**

Eventos:

- Dengue
- Encefalitis de San Luis
- Enfermedad por el virus de Oropouche
- Enfermedad por Virus del Zika
- Fiebre Amarilla
- Fiebre Chikungunya
- Fiebre del Nilo Occidental
- Fiebre Q
- Infección por virus Zika en el embarazo

- Paludismo
- Rickettsiosis (reservado para caso distintos a Tifus Epidémico)

Síndrome febril inespecífico: aparición aguda de *fiebre de menos de 7 días de duración*, acompañada de mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente; procedente de zona con evidencia de transmisión.

- **DENGUE CIE10: A90; CIE10: A91**

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo que resida o haya viajado en los últimos 15 días a un área endémica con transmisión activa del dengue o con presencia de *Aedes aegypti* y que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: anorexia y náuseas, erupciones cutáneas, cefalea y/o dolor retroocular, malestar general, mioartralgias, leucopenia, plaquetopenia, petequias o prueba del torniquete positiva, diarrea o vómitos, y que no presente afección de las vías aéreas superiores ni otra etiología definida.

Caso Confirmado: caso sospechoso con confirmación de una muestra pareada de IgM o IgG (NEUTRALIZACIÓN), aislamiento del virus o detección molecular del genoma viral.

Es necesario realizar **toma de muestra frente a un caso sospechoso** para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías

- **DENGUE GRAVE**

Paciente con clínica compatible con dengue con uno o más de los siguientes hallazgos: shock hipovolémico por fuga de plasma, distres respiratorio por acumulación de líquidos, sangrado grave y/o daño orgánico importante (miocarditis, hepatitis, falla renal).

Recuerde que frente a un caso de dengue, se debe **Informar** al paciente, la familia y a la comunidad sobre la enfermedad, el mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención. Se debe **proteger** al paciente de las picaduras de mosquitos mientras se encuentre febril. **Vigilar** la aparición de casos febriles en las 9 manzanas alrededor del caso índice, y donde se hubiere detectado un caso sospechoso. **Intensificar** la tarea de eliminar potenciales sitios de reproducción del mosquito.

- **ENCEFALITIS DE SAN LUIS**
- **FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL**

Aparición aguda de fiebre de menos de 7 días de duración, sola o acompañada de mialgias y cefalea, convulsiones, fotofobia, vómitos y alteración del sensorio; y que resida o haya viajado a área endémica con presencia de mosquitos transmisores de flavivirus (Encefalitis de San Luis; Virus del Nilo Occidental)

Caso Confirmado: caso sospechoso con confirmación de una muestra pareada de IgM o IgG, aislamiento del virus.

Es importante sospechar esta patología en cuadros de meningitis sin especificar, principalmente virales en donde no se ha podido aislar el agente.

*Es necesario realizar **toma de muestra frente a un caso sospechoso** para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías*

- **FIEBRE AMARILLA CIE10: A95**

Aparición aguda de **fiebre de menos de 7 días de duración**, acompañada de mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente; procedente de zona con evidencia de transmisión de FA. O bien paciente sin vacuna antiamarilica previa con igual cuadro clínico procedente de área endémica.

Caso Confirmado: paciente sospechoso con laboratorio confirmatorio.

Es necesario realizar toma de muestra frente a un caso sospechoso para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías.

Recordar que es una patología inmunoprevenible. Se recomienda su aplicación 10 días antes de viajar a zonas endémicas o epidémicas.

- **FIEBRE CHIKUNGUNYA**

La fiebre Chikungunya (CHIK) es una enfermedad emergente causada por un Alfavirus, el virus Chikungunya (CHIKV). Es transmitida por mosquitos *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del Dengue. Suele durar entre cinco y siete días, y produce dolores articulares graves, a menudo incapacitantes. Carece de tratamiento específico.

Recuerde que frente a un caso de Chikungunya, se debe **Informar** al paciente, la familia y a la comunidad sobre la enfermedad, el mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención. Se debe **proteger** al paciente de las picaduras de mosquitos mientras se encuentre febril. **Vigilar** la aparición de casos febriles en las 9 manzanas alrededor del caso índice, y donde se hubiere detectado un caso sospechoso. **Intensificar** la tarea de eliminar potenciales sitios de reproducción del mosquito.

- **PALUDISMO CIE 10: B50-B54**

Aparición aguda de *fiebre de menos de 7 días de duración*, acompañada de mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente, residente o visitante a una *región endémica*.

Malaria. Conjunto de *paroxismos febriles* que comprenden periodos sucesivos de frío, calor, sudor y fiebre.

Caso Confirmado: caso sospechoso con de parásitos palúdicos en frotis de sangre. Gota gruesa.

Grupo de Eventos: ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ZIKA

- Aborto o muerte fetal asociado a la infección por ZIKV
- Enfermedad por Virus del Zika
- Infección por virus Zika en el embarazo
- SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación de ZIKV
- Síndrome Congénito con sospecha de asociación con ZIKV
- Transmisión vertical de virus Zika sin síndrome congénito

ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

El virus Zika es un arbovirus (virus transmitidos por artrópodos) de la familia *Flaviviridae*. Es un virus ARN monocatenario, cercano al virus Spondweni, identificado en Sudáfrica y muy relacionado genéticamente con los virus Dengue dentro de la familia viral.

La infección por virus Zika no se puede diferenciar fácilmente de otras infecciones por arbovirus como Dengue y Chikungunya, ya que sus síntomas y signos no son patognomónicos. Las características clínicas y epidemiológicas también se confunden debido a la co-circulación de diferentes arbovirus en la misma área geográfica. (ver guía Zika para equipos de salud 2015)

La vigilancia de infección por virus zika se realiza como *síndrome febril agudo inespecífico - por trasmisión vectorial o sexual*

Grupo de Eventos: FIEBRE RECURRENTE (BORRELIOSIS)

- **FIEBRE RECURRENTE (BORRELIOSIS)**

Enfermedad febril producida por espiroquetas del género *Borrelia*. La fiebre recurrente transmitida por el piojo cursa en brotes epidémicos (si bien es endémica en Etiopía, Somalia y Sudán) y es producida por *Borrelia recurrentis*. La fiebre recurrente transmitida por la garrapata es endémica en varias áreas de la geografía mundial y está producida por otras especies del género *Borrelia*. Cuando aumenta la pediculosis aumenta también la prevalencia de la enfermedad.

Grupo de Eventos: **LEISHMANIASIS**

- **LEISHMANIASIS VISCERAL**

Síndrome febril de más de dos semanas de duración con o sin otras manifestaciones clínicas como hepatoesplenomegalia, distensión abdominal, adenopatías generalizadas, signos de sangrado, edemas, ascitis, anorexia, pérdida de peso, caquexia, debilidad progresiva, alteraciones en la piel y el pelo. Se debe sospechar leishmaniasis visceral en todo paciente que provenga de un área endémica

Por su alta letalidad es imprescindible diagnosticar y atender oportunamente a las personas enfermas para evitar casos graves o letales.

Grupo de Eventos: **PESTE**

- **PESTE**

Infección bacteriana que comienza como un síndrome gripal con fiebre, escalofríos, cefalea y dolores generalizados, mialgias, debilidad o postración, náuseas y vómitos, dolor de garganta. Suele surgir linfadenitis en los ganglios linfáticos que reciben el drenaje del sitio de la picadura de la pulga, y así constituir la lesión inicial. Los focos naturales de la enfermedad persisten en Norte y Sudamérica, África, Asia y Sudoeste de Europa. En Sudamérica se han detectados focos en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Venezuela. Enfermedad sujeta a reglamento sanitario internacional.

Grupo de Eventos: **RICKETTSIOSIS**

- **TIFUS EPIDÉMICO**

Rickettsiosis de comienzo a menudo repentino, con alta tasa de letalidad. Existen focos endémicos en América del Norte, Central y del Sur. En Argentina no se han detectado casos desde principios del siglo pasado. Sin embargo, en zonas infestadas de piojos del cuerpo (*Pediculus humanus*) y con condiciones de poca higiene, existe el riesgo de enfermar.

Enfermedad sujeta a reglamento sanitario internacional.

V.- ZOOTICAS

Grupo de Eventos: **CARBUNCO**

- **CARBUNCO CUTÁNEO CIE 10: A22**

Escara negra con base necrótica, indolora y no supurativa que aparece por contacto de tejido de animal enfermo, o muerto por la enfermedad, también por pelo, lana y cueros infectados. Generalmente es endémico en regiones agrícolas, rurales, que crían ganado bovino.

- **CARBUNCO EXTRACUTÁNEO (ÁNTRAX)**

Enfermedad bacteriana aguda enzoótica que puede adoptar forma pulmonar o digestiva. Se ha relacionado con los programas de armas biológicas y el bioterrorismo. Carbunco pulmonar: comienzo inespecífico, evoluciona a insuficiencia respiratoria aguda, cianosis, seguidos de muerte en breve plazo.

Carbunco gastrointestinal: difícil de reconocer, se manifiesta como una intoxicación alimentaria con fiebre y malestar generalizado.

Caso sospechoso: Caso compatible con la descripción clínica y tiene antecedentes de nexo epidemiológico con casos confirmados o presuntos, con animales o productos de origen animal contaminados.

Caso confirmado: caso sospechoso confirmado por laboratorio por la presencia del microorganismo en sangre, lesiones o secreciones.

Grupo de Eventos: **SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI)**

- **FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA CIE10: A96.0**

Aparición aguda de *fiebre de menos de 7 días de duración*, acompañada de mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente, con recuento de glóbulos blancos menor a 4.000/mm³ y recuento de plaquetas menor a 100.000/mm³ en pacientes que hayan visitado región endémica (norte de Buenos Aires, sur de Santa Fe, sudeste de Córdoba y noreste de La Pampa) en las 3 semanas previas al inicio de los síntomas.

Caso Confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio de infección por virus JUN.

Es necesario realizar toma de muestra frente a un caso sospechoso para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías

- **HANTAVIRUS-SINDROME PULMONAR CIE10: J12.8**

Aparición aguda de fiebre de menos de 7 días de duración, acompañada de mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente. Laboratorio con hematocrito elevado, plaquetopenia, leucocitosis, linfocitos atípicos y aumento de LDH y transaminasas, seguido de distress respiratorio de etiología no determinada o infiltrado pulmonar bilateral.

Caso Confirmado: caso sospechoso con confirmación por laboratorio.

Es necesario realizar toma de muestra frente a un caso sospechoso para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías

- **LEPTOSPIROSIS CIE10: A27**

Aparición aguda de **fiebre de menos de 7 días de duración**, acompañada de mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.

Caso Confirmado: Caso sospechoso confirmado por laboratorio.

Es necesario realizar toma de muestra frente a un caso sospechoso para realizar diagnóstico diferencial frente a otras patologías.

Recordar que esta patología requiere quimioprofilaxis frente a un caso sospechoso, y búsqueda activa de otros síndromes febriles entre las personas expuestas al mismo riesgo.

Grupo de Eventos: **PSITACOSIS**

- **PSITACOSIS CIE10: A70**

Síndrome respiratorio febril agudo con cefalalgia y **neumonía precoz** con antecedentes epidemiológicos que demuestren contacto o exposición a aves. Se confirma con laboratorio.

Grupo de Eventos: **RABIA**

- **RABIA HUMANA CIE 10: A82**

Paciente con **cuadro clínico neurológico** con antecedente de mordedura, rasguño o lamedura de mucosa producida por animal rabioso, murciélagos u otros animales silvestres. Se confirma con laboratorio.

VI.- RESPIRATORIAS

Grupo de Eventos: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIRAL SIN ESPECIFICAR (INCLUYE INFLUENZA POSITIVO E INFLUENZA POR NUEVO SUBTIPO)**

Todo paciente con infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre o fiebre constatada mayor a 38°C, tos, inicio dentro de los últimos 10 (diez) días y requiera hospitalización:

- Entre 5 y 64 años, sin factores de riesgo y sin respuesta al tratamiento, o que evoluciona con deterioro clínico y pruebas de laboratorio no conclusivas. **(la evolución debe ser consignado en la solapa “Clínica” del Formulario Único de Notificación Nominal (FUEN) del SNVS2.0)**
- Sin causa determinada en trabajador de la salud que atiende pacientes con infecciones respiratorias.
- En contacto con población de aves o porcinos infectados (vivos o muertos).
- En clústers de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales.
- En contexto de un patrón inesperado de enfermedad respiratoria o neumonía, como ser un supuesto aumento en la mortalidad, un cambio en el grupo de edad asociado con influenza severa, o un cambio en el patrón clínico asociado a influenza.
- Casos de infección por virus influenza que no esté circulando en humanos.

Modalidad de Notificación:

Componente de vigilancia clínica (C2): En todo servicio de salud con internación que asista a un caso que cumpla con la definición de caso sospechoso de IRAGI deberá notificarlo al evento IRAG (Universal) del SNVS2. y especificar en las solapas Clínica y Epidemiología las características que convierten al caso en una IRAGI.

Componente de vigilancia por laboratorios (SIVILA): Todo laboratorio que reciba una muestra proveniente de un caso que cumpla la definición de IRAGI completará la solapa Laboratorio del FUEN al evento IRAG (Universal) del SNVS2. y consignará (si no está previamente cargado) las características clínicas o epidemiológicas que lo vuelven una IRAGI.

Derivar dentro de las 24 horas la muestra junto con una copia de la ficha de notificación correspondiente a través del SNVS-SIVILA al Laboratorio Nacional de Referencia.

- **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (INCLUYE IRAGI, SOSPECHA DE VIRUS EMERGENTE -INFLUENZA HUMANA POR NUEVO SUBTIPO DE VIRUS O MERS COV-, SRAS -SRAS-COV- E INFLUENZA EN IRAG)**

Toda infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre o fiebre constatada mayor a 38°C, tos, inicio dentro de los últimos 10 (diez) días, y haya presentado antecedente de:

- viaje dentro de los 10 días previos al inicio de síntomas, a países donde se han registrado casos humanos confirmados de influenza aviar o con circulación viral confirmada en animales; **(el antecedente de viaje, fecha y lugar debe ser consignado en la solapa “Epidemiología” del Formulario Único de Notificación Nominal del SNVS2.0)**
- viaje dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas, a países donde se han registrado casos confirmados de MERS-CoV;
- contacto en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas con casos confirmados o probables de infección en humanos por influenza aviar, MERS-CoV u otros virus respiratorios emergentes.
- exposición a virus emergentes en laboratorio, sin protección adecuada.

Modalidad de Notificación:

Componente de vigilancia clínica (C2): En todo servicio de salud con internación que asista a un caso que cumpla con la definición de caso sospechoso de Virus Emergentes deberá notificarlo al evento IRAG (Universal) del SNVS2. y especificar en las solapas Clínica y Epidemiología las características clínicas y el itinerario de viaje con las fechas y lugares respectivos o de los contactos.

Componente de vigilancia por laboratorios (SIVILA): Todo laboratorio que reciba una muestra proveniente de un caso que cumpla la definición de “Sospecha de Virus Emergente” completará la solapa Laboratorio del FUEN al evento IRAG (Universal) del SNVS2. y consignará (si no está previamente cargado) las características epidemiológicas propias del caso.

Derivar dentro de las 24 horas la muestra junto con una copia de la ficha de notificación correspondiente a través del SNVS-SIVILA al Laboratorio Nacional de Referencia.

En la ficha de IRA se debe consignar de la manera más precisa posible el itinerario de viaje y los contactos con casos.

VII.- HEPATITIS VIRALES

Grupo de Eventos: HEPATITIS

- **HEPATITIS**

Las hepatitis son un grupo de enfermedades caracterizadas por producir inflamación del hígado. Pueden ser debidas a múltiples causas tales como infecciones (virus, hongos, parásitos o bacterias), alcohol, drogas, medicamentos, enfermedades autoinmunes o enfermedades metabólicas (fibrosis quística y enfermedad de Wilson), etc.

Los virus que con mayor frecuencia producen hepatitis son los hepatotropos: virus de la hepatitis A (VHA), B (VHB), C (VHC), D (VHD), E (VHE). Otros virus como el citomegalovirus, Epstein Barr, herpes virus y varicela-zóster también pueden comprometer al hígado en forma aguda acompañando a la enfermedad sistémica producida por los mismos.

Las hepatitis A y B se previenen mediante las respectivas vacunas, incluidas en el Calendario Nacional de Inmunizaciones. La vacuna contra la hepatitis B debe indicarse a toda la población. La vacuna contra la hepatitis A se indica actualmente a todos aquellos pertenecientes a grupos en riesgo. La vacuna de la hepatitis A está indicada como dosis única en los niños al cumplir el año de edad, mientras que la vacuna de la hepatitis B se aplica en tres dosis (0-1-6 meses).

HEPATITIS A: pedir las transaminasas alteradas en el laboratorio y cruzar con los datos de las planillas de consultas.

Recuerde: las hepatitis sospechosas de virus A deben confirmarse con pruebas de laboratorio, pero es necesario al menos que el paciente sea un caso probable para la notificación, esto es que tenga clínica, transaminasas alteradas y nexo epidemiológico.

HEPATITIS B, C, D, E: buscar también en registros semanales de bancos de sangre y laboratorio, sólo se notifican con confirmación de laboratorio.

VIII.- ENVENENAMIENTO POR ANIMALES PONZOÑOSOS

Grupo de Eventos: ENVENENAMIENTO POR ANIMALES PONZOÑOSOS

EVENTOS:

- **ALACRANISMO**
- **ARANEÍSMO-ENVENENAMIENTO POR LATRODECTUS (LATRODECTISMO)**
- **ARANEÍSMO-ENVENENAMIENTO POR LOXOSCELES (LOXOSCELISMO)**
- **ARANEÍSMO-ENVENENAMIENTO POR PHONEUTRIA (FONEUTRISMO O CTENISMO)**
- **OFIDISMO-GÉNERO BOTHROPS (YARARÁ)**
- **OFIDISMO-GÉNERO CROTALUS (CASCABEL, MBOI-CHINÍ)**
- **OFIDISMO-GÉNERO MICRURUS (CORAL)**

- **ALACRANISMO**

Cuadro clínico, potencialmente grave y letal, que se produce por la picadura e inoculación de veneno de diferentes especies de escorpiones (o alacranes) del género Tityus. Se trata de un síndrome neurotóxico con manifestaciones locales y sistémicas. Los cuadros se clasifican en leves, moderados y graves de acuerdo a la utilización del antiveneno. El diagnóstico se basa en el antecedente de la picadura (de manera excepcional puede faltar este dato) asociado al cuadro clínico compatible.

Caso confirmado: clínica compatible asociado al antecedente de picadura. En niños pequeños puede ser más difícil recabar el dato sobre el emponzoñamiento, por lo cual los antecedentes epidemiológicos asociados al cuadro clínico adquieren relevancia diagnóstica.

Sinónimos diagnósticos: Mordedura / picadura de alacrán, escorpión

La vigilancia epidemiológica es necesaria para implementar medidas de prevención y capacitación, el tratamiento precoz con antiveneno específico, identificación del animal agresor y planificación de las intervenciones.

- **ARANEISMO**

Para todos los casos se define como:

Caso sospechoso: sintomatología local y/o sistémica compatible, con o sin antecedente de la picadura, SIN identificación del animal.

Caso confirmado: caso sospechoso CON identificación del animal.

Sinónimos diagnósticos: Picadura de arácnidos, araña. Mordedura/picadura de loxoceles, loxocelismo cutáneo-visceral, Latrodectus, Viuda negra Polybetes, Araña de Monte Lycosa, Araña de Jardín, Phoneutria, Araña Armadeira, Araña Bananera.

La vigilancia epidemiológica es necesaria para implementar medidas de prevención y capacitación, el tratamiento precoz con antiveneno específico, identificación del agente y planificación de las intervenciones.

- **OFIDISMO**

Modalidad de vigilancia: Notificación del caso a través de la ficha específica de denuncia obligatoria y comunicación por planilla C2, individual, inmediata a las autoridades de salud.

Bothrops

Caso Sospechoso: Síndrome local, con/sin cuadro sistémico, con sintomatología compatible a la descrita y antecedente de mordedura de ofidio, SIN identificación del animal y sin signos claros de impronta de dientes inoculadores.

Caso confirmado: caso sospechoso CON identificación del animal y/o con improntas de dientes inoculadores.

Crotalus

Caso sospechoso: Síndrome neurológico con sintomatología compatible a la descrita, con antecedente de mordedura de ofidio, SIN identificación del animal y sin signos claros de impronta de dientes inoculadores. La ausencia de compromiso local inflamatorio y edematoso es útil para diferenciar el caso, en fase temprana, del envenenamiento por serpientes del Género Bothrops.

Caso Confirmado: caso sospechoso CON identificación del animal o con signos claros de impronta de dientes inoculadores en zonas endémicas.

Micrurus

Caso sospechoso: síndrome eminentemente neurológico, con sintomatología compatible a la descrita, con antecedente de mordedura de ofidio, SIN identificación del animal, con o sin improntas de mordedura.

Caso confirmado: caso sospechoso CON identificación del animal o con la impronta de la mordedura.

Sinónimos diagnósticos: Envenenamiento Ofídico Ofidismo Mordedura de: Víbora, Serpiente, Yarará, Bothrops, Víbora de la Cruz, Culebra, Víbora Cascabel, Crothalus, Víbora de Coral, Micrurus.

La vigilancia epidemiológica es necesaria para implementar medidas de prevención y capacitación, el tratamiento precoz con antiveneno específico, identificación del animal agresor y planificación de las intervenciones.

IX.- OTROS EVENTOS

Grupo de Eventos: BROTE DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

- **BROTE DE CUALQUIER ETIOLOGÍA**

Grupo de Eventos: ENCEFALOPATIA ESPONGIFORME

- **ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME**

Trastorno neuropsiquiátrico progresivo, de menos de 6 meses de duración, no diagnosticado por estudios de rutina, sin antecedentes de exposición iatrogénica, sin antecedentes familiares, síntomas psiquiátricos precoces, síntomas sensoriales dolorosos persistentes, ataxia, mioclonía o ceraso distonía, demencia, EEG no descargas periódicas, RMI señal intensa en pulvinar bilateral, biopsia de amígdala positiva.

Caso Confirmado: Paciente con clínica compatible y con confirmación patológica (biopsia/autopsia).

Grupo de Eventos: ENFERMEDAD POR VIRUS EBOLA

- **ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA**

La EVE o fiebre hemorrágica del Ébola es una enfermedad grave, con una tasa de letalidad de hasta un 90%. No existe un tratamiento aprobado específico ni vacuna con licencia disponible para el uso en seres humanos o animales. Enfermedad sujeta a reglamento sanitario internacional.

Grupo de Eventos: VIRUELA

- **VIRUELA**

Evento erradicado. Enfermedad sujeta a reglamento sanitario internacional.

EVENTOS DE NOTIFICACION INDIVIDUAL SEMANAL ANTE CASOS SOSPECHOSOS POR CLÍNICA Y LABORATORIO

Modalidad de notificación: **INDIVIDUAL**

Instrumento de notificación: **FICHA ESPECÍFICA, SNVS 2.0 (clínica –laboratorio-epidemiología)**

Periodicidad: **SEMANAL**

Todas estas enfermedades pueden notificarse en primera instancia como caso sospechoso y luego completar con diagnóstico de laboratorio, para confirmar o descartar.

I.- VECTORIALES

Grupo de Eventos: **CHAGAS**

La **enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana** se produce por la infección con el *Trypanosoma cruzi*, parásito unicelular que se transmite a través de un insecto hematófago que difiere según el área geográfica. En la Argentina, el *Triatoma infestans*, popularmente llamado **vinchuca**, es el vector responsable del ciclo domiciliario.

El ser humano puede adquirir la infección por la vía clásica que es la **vectorial**, producida por el contacto e inoculación del parásito con las deyecciones de vinchucas infectadas, o la **no vectorial** como son las asociadas a transfusiones de sangre, la transplacentaria, trasplante de órganos, oral (por ingesta del parásito) y accidental de laboratorio (por la inoculación con material contaminado).

- **CHAGAS EN EMBARAZADAS**

La mayor parte de las mujeres embarazadas infectadas se encuentran cursando la fase crónica indeterminada de la infección. El *Trypanosoma cruzi* causa una infección persistente y esto determina que se pueda transmitir la infección en más de un embarazo.

El parásito llega a la placenta por vía hematógena, se diferencia en amastigote y permanece dentro de los fagocitos hasta que es liberado a la circulación fetal. A pesar de que la placenta resulta una barrera relativamente efectiva para el paso del parásito al feto, el pasaje puede ocurrir en cualquier momento de la gestación.

Si bien el riesgo de infección fetal es mayor en la fase aguda de la enfermedad, debido a la magnitud de la parasitemia, la mayoría de los casos de Chagas congénito son hijos de madres con infección crónica.

Caso confirmado: Dos técnicas serológicas diferentes positivas (ELISA, IFI o HAI)

- **CHAGAS AGUDO CONGÉNITO**

Se calcula que entre el 1% y el 7% de los hijos de madres con enfermedad de Chagas crónica, padecerán de infección congénita. Entre el 60% y el 90% de los recién nacidos infectados son asintomáticos al momento de nacer.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en los recién nacidos con Chagas congénito son: Bajo peso, nacimiento pretérmino, hepatoesplenomegalia, hipotonía muscular y fiebre. Se han registrado casos aislados de insuficiencia cardíaca y compromiso del sistema nervioso central, con meningoencefalitis, convulsiones y/o microcefalia.

Caso sospechoso: Recién nacido hijo de madre con serología positiva para Chagas.

Caso confirmado: Niños hasta los 9 meses de edad con observación directa del parásito (*Trypanosoma cruzi* en sangre). Después de los 9 meses de edad: 2 técnicas serológicas diferentes positivas y que una de ellas sea ELISA o IFI.

*Se debe buscar en registros semanales de laboratorio. Es necesario para su notificación, la confirmación por laboratorio **parasitológico** o serológico luego de los 10 meses de vida. La madre debe ser positiva para chagas.*

Grupo de Eventos: LEISHMANIASIS

- **LEISHMANIASIS CUTÁNEA**

- **LEISHMANIASIS MUCOSA**

La leishmaniasis mucosa/cutánea, generalmente concomitante, por contigüidad cutánea o secundaria por metástasis de lesiones cutáneas, surge meses o años después de las lesiones de piel. Es la manifestación más grave porque produce daños en los tejidos que desfiguran y mutilan la cara. Afecta principalmente las cavidades nasales, luego la faringe, laringe y la cavidad bucal. Los pacientes no tratados usualmente fallecen por sobreinfección de vías respiratorias.

Los métodos de diagnóstico directo (métodos parasitológicos) se basan en la presencia de parásitos en sus formas de amastigote en la lesión y/o promastigote en los cultivos.

II.- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Grupo de Eventos: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- **SÍFILIS CONGÉNITA**

1. **Todo recién nacido, aborto o mortinato** cuya madre tuvo sífilis no tratada o fue Inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio, o

2. **Todo recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita:** hidrops fetal no inmunológico, lesiones ampollares, exantema macular, rinitis mucosa o hemorrágica. Otras manifestaciones frecuentes pero inespecíficas como la hepatoesplnomegalia, ictericia, adenopatías generalizadas, neumonitis, compromiso de SNC.

En estudios complementarios, osteocondritis, anemia hemolítica y plaquetopenia. Otras manifestaciones sugestivas de aparición más tardía son los condilomas planos, síndrome nefrótico, alteraciones oculares, y como secuelas: nariz en silla de montar, dientes de Hutchinson, o

3. **Todo niño menor de 18 meses con pruebas no treponémicas o treponémicas reactivas** (en los que no se pueda constatar el adecuado tratamiento de la madre).

Todo profesional que asista a un recién nacido y registre en la planilla de consulta/registros de internación alguno de los siguientes diagnósticos, deberá ser notificado ante la sospecha. Se deben revisar registros de neonatología, laboratorio y maternidad.

Sinónimos diagnósticos: sífilis congénita, lúes congénita, sepsis luética, cualquier otro cuadro en el que el médico sospeche compromiso sifilítico del recién nacido.

- **SÍFILIS EN EMBARAZADAS**

Toda mujer embarazada que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en región genital, mucosa perianal con adenopatía/s satélite/s o en cavidad oral; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas, y/o en faneras y/o algún resultado de laboratorio con prueba no treponémica o treponémica positiva.

Todo profesional que asista a una mujer embarazada y registre en la planilla de consulta alguno de los siguientes diagnósticos, deberá ser notificado ante la sospecha.

Sinónimos diagnósticos: sífilis, sífilis primaria, sífilides, secundarismo, chancro, lúes, lúes primaria o secundaria, úlcera luética, erupción sífilítica y/o presente pruebas positivas para sífilis.

Grupo de Eventos: VIH-SIDA

- VIH
- VIH - Expuesto perinatal
- VIH en embarazo

III.- INFECCIONES DE TRANSMISION VERTICAL

Grupo de Eventos: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN VERTICAL

- Aborto o muerte fetal asociado a la infección por ZIKV
- Chagas agudo congénito
- Chagas en embarazadas
- Infección por virus Zika en el embarazo
- Sífilis congénita
- Sífilis en Embarazadas
- Síndrome Congénito con sospecha de asociación con ZIKV
- Transmisión vertical de virus Zika sin síndrome congénito
- VIH en embarazo
- Rubéola Congénita

VI.- RESPIRATORIAS

Grupo de Eventos: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (FALLECIDO)**

Definición de caso: Todo caso con diagnóstico de IRAG fallecido.

Modalidad de Notificación:

Componente de vigilancia clínica (C2): En todo servicio de salud con internación o en los niveles de epidemiología provincial o municipal en los que se disponga de la información del caso, se deberá notificar en el evento IRAG (Universal) del SNVS2.0. Es necesario especificar la condición de fallecido, administración de antiviral y fechas de internación y fallecimiento en la solapa clínica de la ficha de notificación, así como las características epidemiológicas propias del caso (fundamentalmente antecedentes de vacunación antigripal, factores de riesgo).

*Componente de vigilancia por laboratorios (SIVILA): Todo laboratorio para virus respiratorios en un caso fallecido debe notificarse al evento IRAG (Universal) del SNVS2.0. , completar la solapa Laboratorio del FUEN y consignar (si no está previamente cargado) las características epidemiológicas propias del caso (fundamentalmente antecedentes de vacunación antigripal, factores de riesgo y administración de antiviral con las fechas correspondientes).
Derivar dentro de las 24 horas las muestras positivas para Influenza junto con una copia de la ficha de notificación correspondiente a través del SNVS2.0*

- **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIRAL (INFLUENZA POSITIVO)**

Definición de caso: Toda caso de infección respiratoria aguda en pacientes ambulatorio o internado que no se especifique la condición de IRAG en el que el laboratorio haya detectado virus influenza.

Todos los casos deben derivarse para su subtipificación o determinación de linaje al laboratorio nacional de referencia. Este evento es solo para la vigilancia de laboratorio y tiene como fin el análisis de los virus influenza circulantes.

Modalidad de Notificación:

Componente de vigilancia por laboratorios (SIVILA), Modalidad nominal al evento Infección Respiratoria Aguda Viral sin especificar para los casos en que se obtengan resultados positivos para virus Influenza en muestras provenientes de caso en los que el laboratorio desconozca la condición clínica del paciente o esta sea distinta de la definición de IRAG.

En el caso de que se cumpla con la definición de caso de IRAG y se identifique virus Influenza, se notificará de forma nominal al evento IRAG (Universal) del SNVS.

IV.- ZOONOTICAS

Grupo de Eventos: **BRUCELOSIS**

- **BRUCELOSIS**

Es una enfermedad bacteriana sistémica que puede ser aguda de comienzo brusco o insidioso o evolucionar hacia la cronicidad. En las infecciones por cepas menos virulentas se describen formas sub clínicas.

Los síntomas característicos son: fiebre continua, intermitente o irregular de duración variable, cefalalgia, debilidad, sudor profuso, mialgias, artralgias, depresión, pérdida de peso y malestar generalizado.

La forma crónica puede presentarse por recaídas sucesivas a partir de una forma aguda o asociarse a manifestaciones focales. Los episodios de recaída presentan los mismos síntomas que la forma aguda aunque suelen ser menos intensos. También se ha descrito un síndrome de fatiga crónica

Caso sospechoso: Síndrome febril inespecífico acompañado de transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.

Caso probable: Caso sospechoso con una prueba serológica de tamizaje positiva (aglutinación con antígeno tamponado (BPA), Rosa de Bengala (RB), microaglutinación para B canis (RSAT), Huddleson)

Caso confirmado: Caso sospechoso que es confirmado en laboratorio. Bacteriológicas: aislamiento de Brucella spp del espécimen clínico (hemocultivo, mielocultivo, biopsias, etc) Serológicas: prueba de Wright y otras que permiten la detección de anticuerpos IgG específicos en suero del paciente (Fijación de Complemento, CELISA, IELISA, etc.)

Buscar en registros semanales de bancos de sangre y de laboratorio

Grupo de Eventos: **HIDATIDOSIS**

- **HIDATIDOSIS**

Esta parasitosis zoonótica es producida por las formas larvales del helminto Echinococcus granulosus, que vive en el perro y en otros miembros de la familia cánidos, que dan hospedaje a la tenia adulta, y en los rumiantes, algunos otros herbívoros y en el hombre, que cumplen la función de huéspedes intermedios, provocando quistes principalmente en el hígado y pulmones y, con menor frecuencia, en riñón, corazón, bazo, sistema nervioso central, huesos y músculos.

Caso sospechoso: persona con presencia de masa quística (única ó múltiple) localizada en distintos órganos, frecuentemente hígado o pulmón y asociado con aspectos epidemiológicos de la enfermedad.

Caso probable: Caso sospechoso más el diagnóstico por imágenes: radiografía, ecografía y/o tomografía axial computarizada (TAC) y/o HAI.

Caso confirmado: El Caso probable confirmado por:

a.- Pruebas serológicas, ELISA/Western blot.

b.- Visualización directa por microscopía de protoescólices o ganchos del cestodo, restos de membranas y estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía.

Recuerde que para realizar el tratamiento se requiere la ficha de notificación, pedido médico, investigación y estudio de contactos, comunicación a zoonosis y confirmación clínica por patología y/o diagnóstico por imágenes.

V.- INTOXICACIONES AGUDAS POR AGENTES QUIMICOS

Grupo de Eventos: INTOXICACIONES

Eventos:

- *Intoxicación medicamentosa*
- *Intoxicación por hidrocarburos aromáticos volátiles*
- *Intoxicación por metales y metaloides*
- *Intoxicación por Monóxido de Carbono*
- *Intoxicación por otros tóxicos*
- *Intoxicación por plaguicidas*
- *Metahemoglobinemia*

- **INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CIE10 T58)**

Sinónimos diagnósticos: Intoxicación por CO / Intoxicación por monóxido de carbono

- **INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS (CIE 10: T570, T60, T600 al T604, T606, T608, T609, X48, X480 al X489, X68, X680 al X689, X87, X870 al X879, Y18, Y180 al Y189, T605)**

Sinónimos diagnósticos: Agroquímicos/ Herbicidas/ Acaricidas/ Fumigantes/ Fosfuros/ Fungicidas/ Cofa/ Curasemillas/ Insecticidas/ Antipolillas/ Raticidas/ Rodenticidas/ Dicumarínicos/ Insecticida con Piretrinas/ Piretroides/ Líquidos o tabletas termoevaporables/ Naftalina/ Repelentes de insectos, mosquitos/ Matababosas/ Hormiguicidas/ Arsénico y productos que contienen arsénico/ Fosfuro de aluminio y fosfuro de cinc/ Glifosato/ Herbicidas de clorofenoxiacetato/ Organoclorados: Aldrin, dieldrin, heptacloro, lindano, clordano, endosulfán, hexaclorobenceno, metoxicloro, DDT, endrin, hexaclorociclohexano, canfeclor, clorobencilato, endrin, HCB, HCH, Organofosforados y carbamatos: OF: azinfós, metilo clorpirifos dimetoato metamidofós bromofós diazinón fenitrotión monocrotofós clorfenvinfós diclorvos (DDVP) malatión paratión, metilo y etilo C: carbarilo metiocarb pirimicarb bendiocarb carbofurán metomil propoxur

Prohibidos: Aldicarb, Azinfos, metilo y etilo Carbofurán Etión Monocrotofós Paratión/ Paraquat

VI.- OTROS EVENTOS

Grupo de Eventos: **LEPRA**

- Lepra

Grupo de Eventos: **TUBERCULOSIS**

- Tuberculosis pulmonar
- Tuberculosis extrapulmonar

VII.- HEPATITIS VIRALES

Grupo de Eventos: **HEPATITIS**

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Hepatitis D
- Hepatitis E
- Hepatitis sin especificar etiología

EVENTOS DE NOTIFICACION AGRUPADA (COLECTIVA) SEMANAL QUE DEBE NOTIFICARSE POR PLANILLA C2 POR GRUPOS DE EDADES Y NO REQUIEREN CONFIRMACIÓN POR LABORATORIO

Modalidad de notificación: AGRUPADA

Instrumento de notificación: PLANILLA C2, SNVS 2.0 (clínica)

Periodicidad: SEMANAL

Grupo de Eventos: GASTROENTÉRICAS

- **DIARREAS AGUDAS CIE 10: A00-A09**

Deposiciones aumentadas en número y cantidad con menor consistencia, puede o no contar con identificación del agente etiológico por laboratorio.

***Sinónimos diagnósticos:** Gastroenteritis con o sin deshidratación, enterocolitis, GEA (gastroenteritis aguda), EDA (enfermedad diarreica aguda), diarrea aguda, diarrea acuosa, diarrea sanguinolenta, colitis, disentería, enteritis, con o sin identificación del agente etiológico.*

Grupo de Eventos: INMUNOPREVENIBLES

- **VARICELA CIE-9 052-053; CIE-10 B01-B02 1**

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa, benigna en la infancia en la mayoría de los casos, con cuadros más graves y complicados en adultos, así como en huéspedes inmunocomprometidos. Es riesgosa para el recién nacido por adquisición perinatal, también produce infección congénita con malformaciones en el recién nacido (síndrome de varicela congénita). Enfermedad inmunoprevenible.

***Sinónimos diagnósticos:** Varicela, Varicela Zóster. Con o sin diagnóstico de laboratorio*

- **PAROTIDITIS CIE10: B26**

Caso sospechoso: Enfermedad de comienzo agudo con tumefacción uni o bilateral, autolimitada a la parótida u otra glándula salival, de duración igual o mayor a 2 días y sin otra causa aparente.

Caso confirmado: Caso sospechoso relacionado epidemiológicamente con otro caso confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no precisa reunir las características de la definición de caso sospechoso.

***Sinónimos diagnósticos:** Paperas, Parotiditis. Con o sin diagnóstico de laboratorio*

Grupo de Eventos: LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS

- **ACCIDENTES SIN ESPECIFICAR**
- **ACCIDENTES VIALES**
- **ACCIDENTES DEL HOGAR**

Una lesión de causa externa es el daño físico que resulta de la exposición súbita del cuerpo humano a niveles intolerables de energía. Esta puede ser de tipo mecánica, radiante, térmica, eléctrica o química. El lapso entre la exposición y la aparición de la lesión es breve. La lesión corporal puede ocurrir como resultado de la acción aguda de la energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológico, tales como el impacto de una bala o una lesión debida a un vehículo a motor, o a problemas funcionales que resulten por la falta de uno o más elementos vitales (ej., agua, aire, calor), como lo que sucede en el ahogamiento, la estrangulación y el congelamiento.

Para la definición de los distintos tipos de causas, se siguen las establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE 10). *Se excluyen las consultas ulteriores originadas por el mismo evento y las lesiones psicológicas.*

Sinónimos diagnósticos: lesiones por transporte, accidente en vía pública, aplastamiento, contusiones, traumatismos, traumatismo de cráneo, TEC, politraumatismo, trauma con objeto corto punzante, fracturas, heridas, herida por arma de fuego, herida por arma blanca, heridas cortantes, heridas por traumatismos, excoriación, esguince, torceduras, quemaduras, corrosión, pirotecnia, electrocución, congelamiento, efecto de cuerpo extraño, cuerpo extraño en ojo o cavidad natural, aspiración o atragantamiento, sofocación o estrangulamiento, ahogamiento, sumersión, mordedura de animales, exposición a fuerzas de la naturaleza, envenenamientos, intoxicaciones, intoxicación alcohólica, intoxicación con drogas.

Se distribuyen en tres eventos para la notificación

- **Accidentes sin especificar** (cuando no se puede determinar en dónde ocurrieron)
- **Accidentes del Hogar** (si es posible determinar si ocurrieron en el hogar)
- **Accidentes viales** (si es posible determinar si ocurrieron en vía pública)

Grupo de Eventos: RESPIRATORIAS

- **BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS**

Todo niño menor de 2 años, con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre.

Sinónimos diagnósticos: BQL, BQ, Síndrome Bronquiolítico, Bronquiolitis, Síndrome Bronquiolar (*siempre en el grupo de edad de menores de 2 años*).

Se distribuyen en tres posibilidades para la notificación

- **Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios** (cuando no requirieron internación)
- **Bronquiolitis en menores de 2 años internados** (cuando requirieron internación)
- **Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar** (cuando no se puede determinar si requirieron o no internación)

- **ENFERMEDADES TIPO INFLUENZA (ETI)**

Aparición súbita de fiebre mayor a 38°C y tos o dolor de garganta en ausencia de otras causas. Puede acompañarse de mialgias o postración

Sinónimos diagnósticos: *influenza con y sin confirmación de laboratorio, gripe, síndrome gripal, Síndrome Pseudogripal, angina gripal, virosis respiratoria con fiebre, cuadro gripal, SG, virus sincitial respiratorio, adenovirus, parainfluenza.*

- **NEUMONÍA CIE10: J13-J15**

Enfermedad respiratoria aguda febril (> 38°) con tos, dificultad respiratoria y taquipnea.

Sinónimos diagnósticos: *Neumonía, Neumonía de la comunidad, Neumonía bacteriana, Neumonía viral, Neumonía atípica, Neumopatía aguda, Neumonitis, Pulmonía, Bronconeumonía, Síndrome neumónico, NAC.*

Se distribuyen en tres posibilidades para la notificación

- **Neumonía en pacientes ambulatorios** (cuando no requirieron internación)
- **Neumonía en pacientes internados** (cuando requirieron internación)
- **Neumonía sin especificar** (cuando no se puede determinar si requirieron o no internación)

Grupo de Eventos: ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- **SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES CIE-10: A54**

Toda mujer que presente secreción vaginal anormal, aquella que se reconoce por el aumento en la cantidad, el cambio de color y la presencia de olor con o sin dolor abdominal inferior y/o dolor durante la micción.

*Atención: los eventos flujo, leucorrea, vulvitis y vulvogaginitis son **excluidos** de la vigilancia debido a que son motivos de consulta frecuente en servicios seleccionados y no implican, la mayor parte de las veces, etiología relacionada con las ITS.*

*Los eventos tales como tricomoniasis, herpes genital y vaginosis bacteriana **serán vigilados por medio de otras estrategias.***

Sinónimos diagnósticos: Endocervicitis, Uretritis gonocócica, Cervicitis compatible con gonococcia, Flujo vaginal purulento, Vaginitis mucopurulenta, Gonorrea, Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

- **SECRECIÓN GENITAL PURULENTO EN VARONES CIE 10: A54**

Todo varón que presente secreción uretral y/o anal purulenta en la que el médico sospeche etiología gonocócica.

Sinónimos diagnósticos: Uretritis gonocócica, Gonorrea, Infección gonocócica, Gonococcia, Secreción uretral purulenta, Proctitis o Proctocolitis purulenta

- **SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES**

Todo varón que presente secreción uretral y/o anal no comprendida en la categoría anterior.

Sinónimos diagnósticos: Uretritis, Secreción uretral, Proctitis, Proctocolitis

SIFILIS (CIE 10: A50, A51, A52, A53)

- **SIFILIS TEMPRANA EN MUJERES (EXCLUYE EMBARAZADAS)**

Toda mujer no embarazada, mayor de 18 meses, que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en región genital, mucosa perianal con adenopatía/s satélite/s o en cavidad oral; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas, y/o en faneras con o sin pruebas de laboratorio específicas.

Sinónimos diagnósticos: Sífilis Primaria, Sifíides, Secundarismo Sifilítico, Chancro

- **SIFILIS TEMPRANA EN VARONES**

Todo varón, mayor de 18 meses, que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en pene, escroto, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía/s satélite/s; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras con o sin pruebas de laboratorio específicas.

Sinónimos diagnósticos: Lúes Primaria O Secundaria, Úlcera Luética, Erupción Sifilítica

- **SIFILIS SIN ESPECIFICAR EN MUJERES**

Toda mujer asintomática no embarazada, mayor de 18 meses, que presente pruebas no treponémicas reactivas (VDRL/USR/RPR).

Sinónimos diagnósticos: Sífilis, VDRL Positiva, Lúes, Cicatriz Serológica Para Sífilis, Control Serológica Para Sífilis

- **SIFILIS SIN ESPECIFICAR EN VARONES**

Todo varón asintomático, mayor de 18 meses, que presente pruebas no treponémicas reactivas (VDRL/USR/RPR)

Sinónimos diagnósticos: sífilis, VDRL positiva, lúes, cicatriz serológica para sífilis, control serológico para sífilis

En todos estos eventos SECRECIONES GENITALES Y SÍFILIS se debe buscar en registros semanales de laboratorio, consultorios externos de ginecología, dermatología, urología.