



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General
de Epidemiología

COMPENDIO DE DEFINICIONES DE CASO DE ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIRECCIÓN SECTORIAL DE RESPUESTA A BROTES Y EMERGENCIAS SANITARIAS
DIRECCIÓN SECTORIAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA



Lima, Perú 2011

INDICE

Presentación	Pág 04
---------------------------	--------

Vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles por vacunas y

ESAVI:

Tos Ferina o Pertusis	Pág 05
Tétanos	Pág 07
Tétanos Neonatal	Pág 07
Fiebre Amarilla	Pág 08
Hepatitis B	Pág 09
Sarampión y Rubéola.....	Pág 09
Síndrome de Rubéola Congénita	Pág 10
Difteria	Pág 11
Parálisis Fláccida Aguda (PFA) / Poliomiелitis Aguda....	Pág 12
Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación ó Inmunización (ESAVI).....	Pág 13
Gestante con Vacunación Inadvertida contra la Rubéola (GVI).....	Pág 13

Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por vectores:

Enfermedad de Carrión.....	Pág 14
Dengue.....	Pág 15
Malaria	Pág 17
Leishmaniasis cutánea y mucocutánea.....	Pág 17
Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana..	Pág 19
Tifus Exantemático	Pág 21

Vigilancia epidemiológica de enfermedades zoonóticas:

Peste.....	Pág 21
Rabia	Pág 22
Botulismo	Pág 23
Ofidismo	Pág 24

Carbunco o ántrax.....	Pág 24
Influenza.....	Pág 25
Vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas:	
IRAs - Neumonía.....	Pág 26
Vigilancia epidemiológica EDA - Cólera	
Enfermedad diarreica aguda (EDA).....	Pág 28
Cólera	Pág 29
Vigilância epidemiológica VIH/SIDA/ITS	
VIH – SIDA.....	Pág 30
Sífilis Congénita.....	Pág 33
Vigilancia epidemiológica de mortalidad materna y mortalidad perinatal:	
Mortalidad Materna.....	Pág 34
Mortalidad Perinatal	Pág 35
Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (VIHH)	
VIHH	Pág 38
Vigilancia epidemiológica de enfermedades no trasmisibles:	
Cáncer	Pág 39
Diabetes	Pág 39
Lesiones por Accidentes de Tránsito.....	Pág 39
Vigilancia epidemiológica de riesgos ambientales	
Intoxicación con Plaguicidas.....	Pág 39
Vigilancia sindrómica.....	Pág 40
Bibliografía.....	Pág 42

PRESENTACIÓN

La Dirección General de Epidemiología es el órgano de línea del Ministerio de Salud responsable de la conducción del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en salud pública. El uso de las definiciones de caso es una herramienta fundamental para todo sistema de vigilancia ya que permite estandarizar criterios para la identificación y notificación de enfermedades ó eventos sujetos a vigilancia, permitiendo que la información notificada sea comparable y útil para la toma de decisiones en salud pública.

La Dirección General de Epidemiología a través de los de los equipos especializados de vigilancia epidemiológica de la Dirección Sectorial de Alerta Respuesta y la Dirección Sectorial de Vigilancia en Salud Pública han elaborado el presente compendio, donde se consolida las definiciones de casos de las enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica y pone a disposición de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) y de todos los profesionales y técnicos del sector salud del Perú.

Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles por Vacunas y ESAVI:

Tos Ferina o Pertusis¹

1. Caso probable de Pertusis:

- A- **En niños menores de 3 meses:** niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, llegando hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (por ejemplo alimentación) con antecedente de contacto con caso probable de Pertusis.
- B- **En mayores de 3 meses:** Toda persona mayor de tres meses con tos que dura al menos 2 semanas y con uno o más de los siguientes síntomas:
- Paroxismos de tos (es decir, ataques repetitivos).
 - "Estertor" al inspirar.
 - Vómitos postusivos (es decir, vómitos inmediatamente después de la tos).
- Los lactantes menores son los primeros en acceder a un servicio de salud, ellos comúnmente se infectan a partir de casos probables de pertusis que pueden ser generalmente la madre, el padre, niños mayores o adultos, estos casos primarios son difíciles de identificar por comportarse generalmente como oligosintomáticos que casi siempre acuden tardíamente a un EE. SS. por:
- Tos persistente duradera mayor de dos semanas y sin chillido, o
 - síntomas más suaves que simula bronquitis o asma, o
 - síntomas clásicos.
- En todos estos casos el lactante menor caso probable de Pertusis debe ser considerado como caso índice.

2. Caso confirmado de Pertussis:

- A- **Por laboratorio:**
Caso probable con resultado de inmunofluorescencia directa (IFD) positivo, reacción de cadena de polimerasa (PCR) positivo y/o aislamiento de Bordetella pertussis.
- B- **Por nexo epidemiológico:**
Caso probable que tuvo contacto durante el periodo de transmisibilidad con un caso confirmado por laboratorio.

3. Caso descartado de Pertusis: Caso probable con resultado negativo de laboratorio y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

- Todo resultado de laboratorio positivo confirma el caso, pero el resultado negativo de laboratorio no lo descarta; por lo que siempre es necesario verificar la no existencia de nexo epidemiológico con un caso confirmado.

4. Otras definiciones operativas:

- **Contacto:** Cualquier persona expuesta a un caso probable de Pertusis entre una semana antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística.
- **Período de transmisibilidad:** Es la posibilidad que un caso tiene de contagiar a un contacto, desde la fase catarral hasta 3 semanas después de comenzar los paroxismos.
 - Las personas con pertusis son más infecciosas durante la fase catarral y las primeras tres semanas después del inicio de la tos (es decir, aproximadamente 28 días).
 - Con el propósito de la vigilancia e intervención: La persona es más eficiente en expandir la enfermedad una vez la tos comienza. Para determinar el período de transmisibilidad desde el caso hacia el contacto, tomar el inicio de la tos y extenderlo por los siguientes 28 días o hasta que la persona ha terminado siete días completos de un antibiótico apropiado.
- **Brote:** Se considera Brote a la presencia de uno o más casos confirmados de Pertusis en un área geográfica determinada.
- **Niño adecuadamente vacunado:** Todo niño que antes de cumplir el primer año de edad recibió tres dosis de vacuna Pentavalente ó DPT (triple), a partir de los dos meses de edad, con intervalo mínimo de dos ó un mes respectivamente entre una dosis y la siguiente (la cohorte de niños menores vienen recibiendo pentavalente).
- **Niño inmunizado:** Todo niño adecuadamente vacunado que ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal. Considerar que la eficacia del componente “P” de la Pentavalente/DPT es del 80%.
- **Niño susceptible:** Todo niño menor de 05 años que no ha sido adecuadamente vacunado, o que no ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal (ineficacia del componente “P” de la vacuna Pentavalente/DPT es igual al 20%). La mayoría de los niños vacunados de aproximadamente 10 - 12 años y mayores pueden ser susceptibles por pérdida de inmunidad.
- **Fase Catarral:** Ésta es la etapa más contagiosa del pertusis, dura generalmente cerca de dos semanas. La enfermedad comienza insidiosamente, más o menos tienen parecido de un resfrío común, con el estornudo, una secreción nasal, pérdida de apetito y una tos molesta en la noche.
- **Fase Paroxística:** Los síntomas clásicos comienzan con una tos aguda (tos ferina) de 5-15 episodios ó ataques consecutivos de tos por la única respiración, seguida por un chillido agudo tal como las personas que inhalan profundamente. Los momentos más adelante otro acceso de tos ocurre, acompañado a veces de sensación de falta de aire y vómitos. La persona infectada aparece generalmente normal entre los ataques. La tos es generalmente peor en la noche. La fiebre es a menudo ausente o mínima a través del curso de la enfermedad. La Fase paroxismal puede durar una a seis semanas.
- **Fase convaleciente:** Puede persistir por tres semanas a tres meses (siete semanas en promedio). Incluso después de la recuperación, es clásico que episodios de tos pueden repetirse por meses. Esto es generalmente porque la persona está desarrollando otra infección respiratoria superior que pueda irritar las vías aéreas previamente dañadas.

Tétanos²

1. Caso probable de Tétanos:

Característica clínica, de inicio agudo, con rigidez (hipertonía) y /o contracciones musculares dolorosas, inicialmente de los músculos de la mandíbula y del cuello (trismus) y espasmos musculares generalizados, sin otra causa médica aparente

2. Caso confirmado de Tétanos:

Caso clínicamente compatible reportado por un profesional de salud.

Tétanos Neonatal³

1. Caso probable de Tétanos Neonatal:

- A- Todo recién nacido que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos ó que presenta incapacidad para succionar, que ha llorado y se ha alimentado normalmente durante los dos primeros días de vida.
- B- Todo fallecimiento neonatal entre los 3 a 28 días de vida por una causa no conocida, en un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas de vida.

2. Caso confirmado de Tétanos Neonatal:

- A- Todo recién nacido con historia de alimentación y llanto normal durante los 2 primeros días de vida, comienzo de la enfermedad entre el día 3 y 28 de vida e incapacidad para la succión (presencia de trismus) seguida de rigidez muscular generalizada y/o convulsiones (espasmos musculares).
- B- El diagnóstico es clínico, no requiere confirmación por laboratorio, ya que los hallazgos de *C. tetani* o su aislamiento en cultivo no tiene validez diagnóstica, ni por nexo epidemiológico porque no es una enfermedad transmisible.

El diagnóstico es puramente clínico y no depende del laboratorio y/o confirmación bacteriológica.

3. Caso descartado de Tétanos Neonatal:

Un caso descartado es aquel que ha sido investigado y no cumple con la definición de caso, se debe especificar el diagnóstico. Además, se preparará regularmente un resumen de los casos descartados.

Fiebre Amarilla⁴

1. Caso probable de Fiebre Amarilla:

Toda persona de cualquier edad procedente de zona endémica de fiebre amarilla, que presenta fiebre de inicio agudo seguido por ictericia y/o uno de los siguientes criterios:

A- Sangrado de mucosa nasal y de encías o sangrado digestivo alto (hematemesis o melena);

B- Muerte 3 semanas después de haberse instalado la enfermedad.

2. Caso confirmado de Fiebre Amarilla:

Por laboratorio:

Todo caso probable cuyo resultado de laboratorio es positivo por uno o más de los métodos siguientes:

A- En suero:

- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla.
- Presencia de IgM específica para fiebre amarilla o un aumento de 4 veces o más de los niveles de IgG en muestras de suero pareadas (agudo y convaleciente).
- Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla en suero por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

B- En tejidos:

- Muestra de hígado por inmunohistoquímica (postmortem).
- Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

C- Por nexos epidemiológicos

- Contacto de uno o más casos probables con uno o más casos confirmados, procedentes de la misma área endemo - enzoótica.
- Contacto de un caso probable que fallece en menos de 10 días, sin confirmación laboratorial y que provenga de área donde hay casos confirmados.

3. Caso descartado de Fiebre Amarilla:

Todo caso que después de la investigación no cumple con el criterio de caso probable o que tiene resultados negativos en el laboratorio.

4. Caso sospechoso de Fiebre Amarilla:

Es todo paciente con fiebre e ictericia de inicio agudo y procedente de zona enzoótica. Sólo se usa en:

- A- Caso de epidemia con la finalidad de captar oportunamente una mayor cantidad de casos.
- B- Lugares donde se sospeche pueda ocurrir un incremento de la actividad epidémica.

5. Caso asociado a vacuna:

Caso probable con antecedente de haber sido vacunado 10 días antes del inicio de la ictericia.

- A- En estos casos en que se sospeche la asociación a la vacuna será muy importante documentar la vacunación y tomar muestras para aislamiento viral.
- B- Su investigación se manejará como ESAVI (Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación ó Inmunización).

Hepatitis B⁵

1. **Caso probable sintomático de Hepatitis B:**
Todo caso con manifestaciones clínicas de: Fiebre, ictericia, coluria, y que presenta aumento del nivel de transaminasas hepáticas mayor o igual a tres veces el valor normal (según el método utilizado) y bilirrubinas aumentadas a predominio directo, durante los primeros días de la enfermedad.
2. **Caso probable asintomático de Hepatitis B:**
Individuo asintomático y sin historia clínica previa de hepatitis viral que presenta transaminasas elevadas de cualquier valor.
3. **Caso confirmado de Hepatitis B:**
Aquel que tiene uno o más de los marcadores serológicos positivos para hepatitis viral B.
4. **Portador crónico:**
Todo caso confirmado de HVB, con persistencia del HbsAg (Antígeno de superficie) por más de seis meses. Puede ser clínicamente sintomático o asintomático con transaminasas normales o aumentadas.
5. **Contactos:**
 - Pareja sexual de un paciente infectado.
 - Persona que comparte jeringas o agujas contaminadas (usuario de drogas endovenosas).
 - Hijos de madres con antígeno de superficie positivo.
 - Individuo que manipula o que recibe sangre o material biológico de persona infectada.
 - Paciente sometido a procedimientos quirúrgicos u odontológicos que haya compartido material instrumental contaminado.
 - Usuario de hemodiálisis.
 - Persona que vive con portador crónico de hepatitis B.

Sarampión y Rubéola⁶

1. **Caso sospechoso de Sarampión-Rubéola:**
Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola o todo caso que presente fiebre y erupción exantemática máculo papular generalizada. NO vesicular.
 - Todo caso al término de la investigación debe ser clasificado en algunas de las siguientes categorías según corresponda:
2. **Caso confirmado de Sarampión-Rubéola:**
Todo caso sospechoso se confirmará de la siguiente manera:
 - A- **Por laboratorio:**
 - **Es Sarampión:** Si el resultado es IgM (+) por el método de ELISA indirecto.
 - **Es Rubéola:** Si el resultado es IgM (+) por el método de ELISA indirecto.

B- Por nexo epidemiológico:

- Es sarampión: si el caso sospechoso tuvo contacto con un caso confirmado por laboratorio de sarampión.
- Es rubéola: si el caso sospechoso tuvo contacto con un caso confirmado por laboratorio de rubéola.

C- Por clínica:

Un caso solo puede clasificarse como tal, luego de ampliar la investigación clínica epidemiológica. Se incluyen aquí a los casos que no tienen muestra para serología o muestras inadecuadas (> de 30 días, hemolizadas, contaminadas o mal conservadas) y en los que se demuestre el nexos epidemiológico.

D- Caso descartado de Sarampión-Rubéola:

Todo caso sospechoso se descartará de la siguiente manera:

- **Sarampión:** si el resultado IgM es negativo por método de ELISA indirecto,
- **Rubéola:** si el resultado IgM es negativo por método de ELISA indirecto.

E- Caso importado de Sarampión:

Es un caso confirmado de sarampión por laboratorio, en una persona que viajó a otro país (entre 7 y 18 días antes de la aparición de la erupción) donde circula el virus del sarampión.

F- Caso asociado a la vacuna:

Es todo caso sospechoso de sarampión confirmado por laboratorio y que tiene como antecedente haber recibido vacuna antisarampionosa entre 7 y 18 días antes de la erupción. Este antecedente debe ser verificado con el carné o a través de los registros del establecimiento de salud.

Síndrome de Rubéola Congénita⁷

1. Caso probable de Rubéola Congénita:

- Se considera como caso probable de SRC a todo niño menor de un año de edad el cual cumpla al menos uno de los siguientes criterios:
 - A- Se detecte al examen físico uno o más de los siguientes: cataratas/glaucoma congénito, cardiopatía congénita, deficiencia auditiva, hepato-esplenomegalia, retinopatía pigmentaria, microcefalia, microftalmia, púrpura, trombocitopenia, radio-transparencia ósea, retraso en el desarrollo psicomotor.
 - B- Se conozca que la madre haya tenido rubéola confirmada por laboratorio o exista sospecha de ésta, durante el embarazo.
 - C- Recién nacido con diagnóstico probable de TORCHS.
- Los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos del SRC.

D- Caso confirmado de Rubeola Congénita:

Caso probable de SRC confirmado por laboratorio (ELISA IgM para rubéola).

E- Caso compatible de Rubeola Congénita:

Es un caso probable de SRC, pero para el cual no hay confirmación ni descarte por laboratorio.

F- Infección por rubéola congénita (IRC):

Esta designación se usa para infantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de IRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera, mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados auditivos. Por ello, estos casos deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo.

G- Caso descartado:

Un caso probable de SRC puede ser descartado si una muestra adecuada de suero ha resultado negativa para anticuerpos IgM específicos de rubéola. Los niños menores de 1 mes necesitarán dos muestras negativas (la primera al primer contacto y la segunda al mes de edad). En los mayores de 1 mes sólo se necesitará una muestra negativa.

Difteria¹

1. Caso probable de Difteria:

Todo caso caracterizado por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz.

2. Caso confirmado de Difteria:

Todo caso probable con uno de los siguientes criterios:

- A- Aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* de un espécimen clínico.
- B- Aumento al cuádruple o más de los anticuerpos séricos (pero solo si ambas muestras séricas se obtuvieron antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina).
- C- Diagnóstico histopatológico de la difteria.
- D- Por nexa epidemiológico a un caso confirmado por laboratorio.

NOTA

- Las personas asintomáticas con cultivos positivos de *C. diphtheriae* (es decir, portadores asintomáticos o difteria cutánea) no deben notificarse como casos probables o confirmados de difteria.
- Enfermedades respiratorias causadas por *C. diphtheriae* no toxicógeno deben ser reportadas como difteria.

Parálisis Flácida Aguda / Poliomiелitis Aguda⁸

1. Contacto de caso confirmado: Es aquella persona que ha tenido contacto con un paciente confirmado de poliomiелitis dentro de los 40 días previos y 30 días después a la fecha de inicio del déficit motor en el caso.

Definiciones de caso

2. Caso probable de poliomiелitis

Es una parálisis aguda (PFA) en todo menor de 15 años que presente cuadro clínico caracterizado por disminución o pérdida de la fuerza muscular (paresia ó parálisis) y del tono muscular (hipotonía ó flacidez) en una o más de sus extremidades, de instalación rápida (3 a 4 días) y de origen no traumático.

Clasificación de caso

Todo caso debe finalmente ser clasificado en una de las categorías siguientes:

3. Caso confirmado de poliomiелitis

Con muestra:

Por laboratorio: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en el cual se aísla el poliovirus en muestra de heces del paciente y con parálisis residual.

Sin muestra:

- Clínico - epidemiológico: Todo caso de PFA que ha tenido un seguimiento periódico por 6 meses (30 días, 60 días, 90 días, 120 días y 180 días) y con parálisis residual, en el que la Comisión Nacional Revisora de casos de PFA encuentra criterios clínico-epidemiológicos de poliomiелitis, y no identifica otra etiología.
- Por nexo epidemiológico: Todo caso de PFA que ha tenido contacto 30 días antes del inicio de la parálisis de un caso confirmado por laboratorio y que presenta parálisis residual.

4. Caso confirmado de poliomiелitis paralítica asociado a la vacuna (PPAV)

Caso en receptor de vacuna: Todo caso de PFA que ha recibido la vacuna de antipolio oral (APO) entre 4 a 40 días antes del inicio de la parálisis y en quién se aísla el poliovirus vacunal y que presenta parálisis residual.

Caso contacto del receptor de vacuna: Todo caso de PFA que tuvo contacto con un vacunado con APO entre 4 y 85 días antes del inicio de la parálisis, en quién se aísla el poliovirus vacunal y que presenta parálisis residual.

5. Caso descartado de poliomiелitis

Todo caso probable (PFA):

- Con muestra adecuada de heces, con resultado negativo para poliovirus y sin parálisis residual.

- Sin muestra adecuada de heces, sin parálisis residual y que en el seguimiento de 180 días, la Comisión Nacional Revisora de casos de PFA no encuentra criterios clínico-epidemiológicos de poliomielitis.

6. Caso importado de poliomielitis

Es el caso confirmado de poliomielitis, cuya infección ocurre fuera del territorio nacional. Por epidemiología molecular se caracteriza genéticamente y se puede precisar su procedencia.

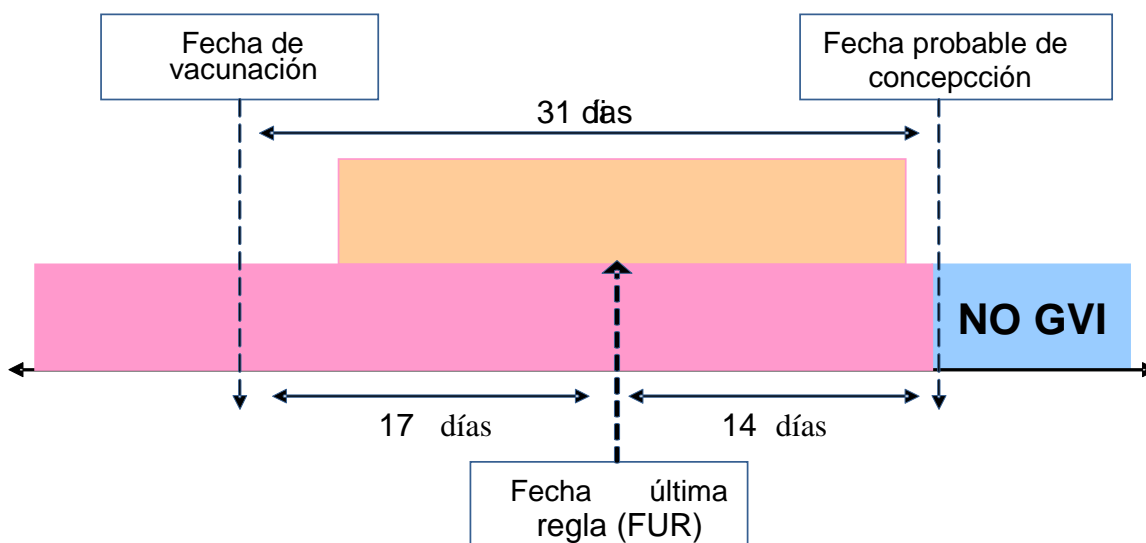
Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación ó Inmunización (ESAVI)⁷

1. **Definición de Caso de ESAVI Severo:** Todo evento severo supuestamente atribuido a una determinada vacuna, que requiere hospitalización, que ponga en riesgo la vida de la persona, que cause discapacidad, que conlleve al fallecimiento o que esté vinculada a un grupo de eventos que sobrepasan la tasa esperada.
2. **Clasificación de Casos de ESAVI Severo:**
 - A- **Evento coincidente.** cuando el evento definitivamente no está relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología).
 - B- **Evento relacionado con la vacuna.**
 - Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas (error programático).
 - Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna.
 - C- **Evento no concluyente,** cuando la evidencia disponible no permite determinar la etiología del evento.

Gestantes Vacunadas Inadvertidamente con Vacuna Antirubeólica (GVI)⁷

1. **Definición de caso de Gestante con Vacunación Inadvertida contra la Rubéola (GVI):**

Toda gestante que haya sido vacunada contra rubéola en cualquier momento del embarazo. Siendo más específico, es toda aquella gestante en la que exista el riesgo de que el virus vacunal circulante de la rubéola (periodo de viremia) tenga contacto con su hijo por nacer, a partir del momento de la concepción. Por ello se deberá considerar como GVI a toda gestante en quien haya transcurrido menos de 17 días entre la aplicación de la vacuna y la fecha de última regla, en ese orden (menos de 31 días entre la fecha de vacunación y la fecha probable de concepción) (Fig. 1).



Definición de caso con vacunación inadvertida contra la rubéola:

Considerar la siguiente regla para determinar si se trata o no de una GVI:

F.U.R. - Fecha vacunación \geq 17 días \rightarrow No GVI

F.U.R. - Fecha vacunación $<$ 17 días \rightarrow GVI

Ejemplos:

F.U.R.	Fecha vacunación				
15/10/2006	- 01/10/2006	=	14 días	\rightarrow	GVI
18/10/2006	- 01/10/2006	=	17 días	\rightarrow	No GVI
25/09/2006	- 01/10/2006	=	- 6 días	\rightarrow	GVI

Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades transmitidas por vectores

Enfermedad de Carrión⁹

1. Casos probables de Bartonelosis:

Caso probable de la Enfermedad de Carrión aguda o anémica: Toda persona con fiebre, anemia severa e ictericia, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.

Caso probable de la Enfermedad de Carrión crónica o verrucosa: Toda persona con presencia de verrugas rojizas y/o nódulos subdérmicos, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.

Caso probable de la Enfermedad de Carrión grave-complicada: Toda persona con fiebre, anemia e ictericia, con una o más complicaciones de tipo neurológico, hepático y pulmonar, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.

2. Casos confirmados de la Enfermedad de Carrión:

Caso confirmado de bartonelosis aguda anémica: Toda persona con fiebre, anemia e ictericia residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión con resultado positivo a *Bartonella bacilliformis* por exámen de frotis o hemocultivo.

Caso confirmado de la Enfermedad de Carrión crónica verrucosa: Toda persona con presencia de verrugas rojizas y sangrantes de tamaño diverso y/o nodulares subdérmicas, residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión, con resultado positivo a *Bartonella bacilliformis* por examen de frotis o hemocultivo.

Caso confirmado de la Enfermedad de Carrión grave-complicada: Toda persona con fiebre, anemia e ictericia, residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión, con una o más complicaciones de tipo neurológico, hepático o pulmonar con resultado positivo a exámenes de laboratorio.

Dengue¹¹

1. Caso sospechoso de dengue:

Toda persona con fiebre reciente de hasta 7 días de evolución que estuvo dentro de los últimos 14 días en área con transmisión de dengue.

- **Los casos sospechosos de dengue no son notificados al sistema regular de vigilancia epidemiológica.** Esta definición de caso, solamente tiene fines operativos para la investigación a nivel local en situaciones de brote o epidemia, en donde se deberá buscar criterios de caso probable.

2. Caso probable de dengue:

A- Caso probable de dengue (sin señales de alarma)

Todo caso sospechoso que no tiene ninguna señal de alarma y que presenta por lo menos dos de las siguientes manifestaciones:

- Artralgias
- Mialgias
- Cefalea
- Dolor ocular o retro-ocular
- Dolor lumbar
- Erupción cutánea (rash)

B- Caso probable de dengue con señal(es) de alarma

Todo caso sospechoso o probable de dengue (sin señales de alarma) que presenta una o más de las siguientes señales de alarma:

- Dolor abdominal intenso y contínuo.
- Dolor torácico o disnea
- Derrame seroso al examen clínico ^a
- Vómitos persistentes
- Disminución brusca de temperatura o hipotermia
- Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)
- Decaimiento excesivo o lipotimia
- Estado mental alterado (Somnolencia o inquietud o irritabilidad o convulsión)
- Hepatomegalia o ictericia
- Disminución de plaquetas o incremento de hematocrito
- Ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico según evaluación clínica.

C- Caso probable de dengue grave

Todo caso sospechoso de dengue o

Todo caso probable de dengue con o sin señal(es) de alarma

Y que además, presenta por lo menos uno de los siguientes hallazgos:

- Signo o signos de choque hipovolémico ^b
- Derrame seroso por estudio de imágenes
- Sangrado grave, según criterio clínico
- Escala de Glasgow < 13

^b Detectado por: presión arterial disminuida para la edad, diferencial de la presión arterial < 20 mmHg, pulso rápido y débil (pulso filiforme), frialdad de extremidades o cianosis, llenado capilar > 2 segundos.

3. Caso confirmado de dengue

A- Caso confirmado de dengue por laboratorio

Todo caso probable de dengue que tenga resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas:

- Aislamiento de virus dengue
- RT-PCR
- Antígeno NS1.
- Detección de anticuerpos IgM para dengue en una sola muestra
- Evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas ^c

^c En casos de reinfección, cuando hay un resultado inicial y posterior de IgM negativo, se podrá confirmar el caso por la elevación del título de anticuerpos de IgG (muestras pareadas)

B- Caso confirmado de dengue por nexo epidemiológico ^d

Todo caso probable de dengue con o sin señales de alarma de quien no se dispone de un resultado de laboratorio y que tiene nexos epidemiológicos.

Cuando no hay brote o epidemia de dengue, los casos probables deberán tener prueba específica de laboratorio que confirme o descarte el caso.

^d Esta definición no se aplica para los casos probables de dengue grave, los cuales requieren necesariamente de prueba específica de laboratorio para su confirmación o descarte.

4. Caso descartado de dengue por laboratorio

- Resultado Negativo de IgM e IgG, en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días.

- Resultado Negativo IgM e IgG, en muestras pareadas, la segunda muestra tomada con un tiempo de enfermedad mayor a 10 días.

NOTA.- Las pruebas negativas de RT-PCR, aislamiento viral o NS1, no descartan el caso o la enfermedad.

Malaria¹⁰

1. Caso Probable de Malaria:

Toda persona con fiebre, escalofríos y malestar general, con antecedentes de exposición, procedencia (ó residencia) en áreas endémicas de transmisión de la malaria.

2. Caso Confirmado de malaria:

Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito por gota gruesa o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio.

3. Caso Confirmado de Malaria Complicada:

Todo caso confirmado que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma: Deterioro del estado de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada (ó asociada) de tipo renal, cardiovascular, hepática, pulmonar que requiere inmediata hospitalización y tratamiento especializado.

4. Muerte por Malaria Confirmada:

Muerte de un paciente con síntomas y/o signos de Malaria complicada y confirmada por laboratorio.

5. Fracaso Terapéutico de la Malaria:

Paciente con diagnóstico confirmado de malaria, no complicada, sin síntomas que indiquen otra enfermedad concomitante, quien ya ha ingerido la dosis correcta de antimaláricos, pero presenta deterioro clínico o recurrencia de los síntomas dentro de los 14 días siguientes desde el inicio el tratamiento, en combinación con el hallazgo de parasitemia (formas asexuadas).

Leishmaniosis cutánea y mucocutánea¹⁰

1. Caso sospechoso de leishmaniosis cutánea:

Toda persona con una lesión de úlcera cutánea única o múltiple, procedente -o residente- en una zona endémica de leishmaniosis.

2. **Caso probable de leishmaniosis cutánea:**

Toda persona procedente -o residente- en una zona endémica de leishmaniosis con cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas que se inician en forma de nódulos (pruriginosos o no) con progresión a lesiones ulcerativas o ulcerocostrosas, poco profundas, de aspecto redondeado, no dolorosas, de bordes bien definidos y signos inflamatorios; con tiempo de evolución no menor de 4 semanas y con falta de respuesta al tratamiento convencional.

3. **Caso compatible de leishmaniosis cutánea:**

Toda persona notificada como caso probable de leishmaniosis cutánea que se pierda al seguimiento por cualquier causa y no se logre obtener una muestra de frotis y/o biopsia, para realizar los exámenes parasitológicos, o no se logre realizar las pruebas serológicas.

4. **Caso descartado de leishmaniosis cutánea:**

Se define como caso descartado de leishmaniosis cutánea a los siguientes:

- A- Toda persona con resultado negativo a uno o más exámenes parasitológicos y/o a dos pruebas serológicas (IFI e intradermoreacción).
- B- Cuando las lesiones son producidas por otras causas.

5. **Caso sospechoso de leishmaniosis mucocutánea:**

Toda persona con una o varias lesiones mucosas en la nariz, boca, faringe, laringe o tráquea, procedente -o residente- en zonas endémicas de leishmaniosis.

6. **Caso probable de leishmaniosis mucocutánea:**

Toda persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea. Los sujetos afectados manifiestan antecedentes de lesiones cutáneas activas o cicatrices y proceden -o residen- en zonas endémicas de leishmaniosis espúndica de la Selva Alta o Baja.

7. **Caso compatible de leishmaniosis mucocutánea:**

Toda persona notificada como caso probable de leishmaniosis mucocutánea que se pierda a la investigación por cualquier causa y de quien no se logre obtener una muestra de frotis y/o biopsia, para realizar los exámenes parasitológicos o no se logre realizar las pruebas serológicas.

8. Caso confirmado de leishmaniosis mucocutánea:

Todo caso probable que sometido a un examen parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo demuestre resultado positivo para Leishmania.

9. Caso descartado de leishmaniosis mucocutánea:

Se define así a los siguientes:

- A- Toda persona con resultado negativo a uno o más exámenes parasitológicos y a dos pruebas serológicas (IFI e intradermoreacción).
- B- Cuando las lesiones son producidas por otras causas, como: paracoccidiomicosis, sífilis y neoplasias.

Enfermedad de Chagas o Trypanosomiasis Americana¹⁰

Enfermedad de Chagas agudo

1. Caso probable de Chagas Agudo:

Caso con fiebre como síntoma principal, sin otra explicación y tenga al menos uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Adenomegalia,
- Hepatomegalia,
- Esplenomegalia,
- Chagoma (inflamación en el sitio de la infección) hasta 8 semanas de duración.
- Exantema,
- Malestar general,
- Meningoencefalitis,
- Signo de Romaña,
- Chagoma hematógeno (tumoración plana única o múltiple),
- Miocardiopatía,
- Miocarditis o
- Lesiones en la piel.

Además, uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

- Procede o vive en área con infestación por triatominos,
- Caso sin chagoma de inoculación o signo de Romaña con antecedente de haber recibido sangre o hemoderivados en los últimos 2 meses de un donante infectado por *Trypanosoma cruzi*, confirmado por dos exámenes serológicos diferentes en cualquiera de las situaciones siguientes:

- A- Segundo examen de la muestra original (muestra usada para el tamizaje).
- B- Nueva muestra del donante obtenida durante la investigación o tenga

C- Antecedente de diagnóstico de Enfermedad de Chagas.

- Antecedente de haber sido trasplantado en los últimos 3 meses de un donante infectado por *T. cruzi* confirmado por laboratorio como en el caso de la transmisión transfusional.
- Compromiso inmunológico (paciente con SIDA, tratamiento con corticoides, etc).

2. Caso confirmado de Chagas Agudo:

Caso probable de Enfermedad de Chagas agudo, confirmado por:

- Hallazgo del parásito por examen directo de sangre fresca, frotis, gota gruesa, xenodiagnóstico, hemocultivo o microhematocrito) y/o
- Técnicas moleculares (Reacción en cadena de la polimerasa).

Enfermedad de Chagas congénita[†]

1. Caso probable de Chagas Congénita:

Menor hasta 1 año de edad, hijo de madre seropositiva (reactiva a dos pruebas serológicas diferentes contra anticuerpos específicos de *Trypanosoma cruzi*).

2. Caso confirmado de Chagas Congénita:

Caso probable de Enfermedad de Chagas congénita sin antecedentes de exposición al vector, transfusión sanguínea o trasplante de órgano con:

- Demostración de *Trypanosoma cruzi* por exámenes parasitológicos o
- Presencia de anticuerpos específicos de origen no materno (IgM) detectados a los 9 y 12 meses después del nacimiento.

(†) Para detectar los casos de Chagas congénito en fase aguda mediante vigilancia en establecimientos centinela.

Enfermedad de Chagas Crónico[‡]

1. Caso probable de Chagas Crónico:

Caso reactivo a una prueba de tamizaje con o sin signos o síntomas compatibles con Enfermedad de Chagas en etapa crónica.

2. Caso confirmado de Chagas Crónico:

Caso probable de Enfermedad de Chagas crónico, confirmado por cualquiera de los siguientes métodos:

- Otra prueba serológica diferente o de diferente principio al que se usó en el tamizaje,
- Xenodiagnóstico o
- PCR.

(‡) Esta definición es únicamente para vigilar los donantes y las gestantes.

Tifus exantemático¹²

1. Caso probable:

Todo paciente con cuadro febril de inicio agudo, con cefalea y/o dolores osteomusculares generalizados y erupción macular violáceo predominantemente en tronco; excepto en zonas expuestas (cara, palma de manos y planta de los pies), puede haber presencia de piojos.

2. Caso confirmado:

Todo caso probable en el que se demuestra la presencia de *Rickettsia prowazekii*, se detecta por la prueba de fijación de complemento, IFA o ELISA.

Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Zoonóticas

Peste^{13, 14 y 15}

1. Caso Sospechoso de Peste:

Paciente con presentación clínica compatible, y con antecedentes epidemiológicos consistentes de:

- Exposición a humanos o animales infectados, y/o
- Evidencia de picaduras de pulgas, y/o
- Residencia o viaje a un área endémica conocida, dentro de los 10 días previos.

2. Caso Probable de Peste:

Dependerá en qué área se presente el caso sospechoso, si se presenta:

A- En área potencialmente nueva o re-emergente:

Un caso probable es un paciente que cumple la definición de casos sospechoso y al menos 2 de las siguientes pruebas positivas:

- Microscopía: muestra de bubón, sangre o esputo que contiene cocobacilos Gram-negativos, bipolares después de tinción Wayson o Giemsa;
- Antígeno F1 detectado en aspirado de bubón, sangre o esputo;
- Una serología anti-F1 única, sin evidencia de infección o inmunización previa con *Y. pestis*; y
- Detección de *Y. pestis* por PCR en aspirado de bubón, sangre o esputo.

B- En área endémica conocida:

Un caso probable es un paciente que cumple la definición de casos sospechoso y al menos 1 de las pruebas positivas mencionadas en el acápite anterior.

3. Caso Confirmado:

Paciente que cumple la definición de caso sospechoso más:

- Un aislamiento de una muestra clínica única identificada como *Y. pestis* (morfología de colonia y 2 de las 4 siguientes pruebas positivas: lisis por bacteriófago de cultivos a 20–25 °C y 37 °C; detección de antígeno; PCR; perfil bioquímico de *Y. pestis*); o
- Una elevación en 4 títulos de Anticuerpos anti-F1 en muestras de suero pareadas; o
- En áreas endémicas donde no pueda ser realizada otra prueba confirmatoria, una prueba rápida positiva usando una prueba inmunocromatográfica para detectar antígeno F1.

Contacto: Toda persona que ha visitado y/o permanecido en la casa del enfermo un período de 07 días antes y 14 días después de la fecha de inicio de la enfermedad del primer y último caso de esa vivienda. También debe considerarse como contacto a toda persona que asistió al velatorio de un fallecido por peste, atendido el caso y al personal de salud que ingresa a una localidad con casos actuales.

Contacto cercano: Toda persona que está a menos de los 2 m de distancia de un paciente con peste neumónica.

Rabia^{16 y 17}

1. Caso probable:

Todo caso que presenta síndrome neurológico agudo (encefalitis) caracterizado por formas de hiperactividad seguidos por una parálisis que progresa hacia el coma y la muerte. La muerte se genera por insuficiencia respiratoria entre los 4 y 7 días después de la aparición del primer síntoma, en caso de no administrarse un tratamiento intensivo. Puede existir o no el antecedente de mordedura o contacto con un animal presuntamente rabioso.

2. Caso confirmado:

Todo caso probable que es confirmado por:

- Detección del virus rábico por inmunofluorescencia directa (IFD) en tejido cerebral (obtenido postmortem).
- Detección del virus rábico por IFD en biopsia cutánea o frotis corneal (obtenido ante mortem).

- Detección de virus rábico por IFD en cerebros de ratones adultos o en lactantes y en cultivo celular, después de la inoculación con tejido cerebral, saliva o líquido cefalorraquídeo (LCR) del caso.
- Detección de anticuerpos neutralizantes del virus rábico en el LCR de una persona no vacunada.
- Identificación de antígenos víricos por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tejido fijo obtenido post mortem o en un espécimen clínico (tejido cerebral o cutáneo, córnea o saliva).

Caso sospechoso: Durante un brote, o en una zona enzoótica de rabia silvestre, para la búsqueda de casos, se puede utilizar la siguiente definición:

Todo paciente con un síndrome neurológico agudo (de encefalitis o parálisis flácida) con o sin antecedente de mordedura o contacto con un animal presuntamente rabioso.

Botulismo¹⁸

Botulismo transmitido por alimentos

- 1- **Caso sospechoso de Botulismo transmitido por alimentos:** Todo paciente afebril que de forma aguda presenta parálisis flácida simétrica descendente sin nivel sensitivo con antecedente de ingesta de alimentos en mal estado de conservación. Puede estar asociado a diplopía, visión borrosa y parestesias.
- 2- **Caso confirmado de Botulismo transmitido por alimentos:** Todo caso sospechoso con detección de toxina botulínica en el suero, heces o comida ingerida por el paciente.

Botulismo infantil

- 1- **Caso sospechoso de botulismo infantil:** Niño menor de un año, con estreñimiento, inapetencia y dificultad para deglutir que progresa con debilidad, dificultad para la respiración y muerte.
- 2- **Caso confirmado de botulismo infantil:** Caso sospechoso con confirmación de laboratorio que ocurre en un menor de un año.

* Laboratorio:

- Detección de toxina botulínica en el suero y heces y/o
- Aislamiento de *Clostridium botulinum* de las heces que ocurre en un niño menor de un año.

Botulismo por heridas

- 1- **Caso confirmado de Botulismo por heridas:** Caso clínicamente compatible con confirmación de laboratorio en un paciente que no tiene exposición

sospechosa a alimentos contaminados y que dos semanas antes del inicio de los síntomas presentó una herida reciente y contaminada de dos semanas de aparición.

***Laboratorio:**

- Detección de toxina botulínica en el suero, Aislamiento de *Clostridium botulinum* de las heridas.

Ofidismo¹⁰

1. Definición de Caso Probable de Ofidismo:

Toda persona mordida por una serpiente en áreas donde existen especies venenosas.

2. Definición de Caso Confirmado de Ofidismo:

Caso probable en el que se comprueba mordedura por serpiente del género *Bothrops*, *Crotalus*, *Lachesis* o *Micrurus*, y se instala un cuadro de descontaminación hemodinámica y síntomas neurológicos o de dermonecrosis.

Carbunco o ántrax¹⁰

1. Caso probable de carbunco cutáneo: Todo caso que presenta lesión cutánea que en el curso de 1 a 6 días evoluciona de una etapa papular a una vesicular y finalmente se convierte en una escara negra deprimida, acompañada de edema leve o extenso, con antecedente de contacto directo con animales infectados (vivos, muertos o con sus productos).

2. Caso probable de carbunco intestinal: Todo caso que presente náuseas, vómitos y anorexia, seguidos de fiebre, luego de la ingesta de carne contaminada procedente de animales infectados.

3. Caso probable de carbunco inhalatorio: Todo caso que luego de un pródromo breve que se asemeja a una infección respiratoria viral aguda, evoluciona rápidamente presentando hipoxia, disnea y temperatura alta, y cuyo examen radiográfico de pulmones muestre ensanchamiento mediastinal, y tenga antecedente de contacto con un caso confirmado o sospechoso en animales o con productos de origen animal contaminados.

4. Caso probable de carbunco meníngeo: Todo caso con aparición aguda de fiebre alta, convulsiones, pérdida de la conciencia y signos meníngeos, y con antecedente de contacto con caso confirmado o sospechoso en animales o con productos de origen animal contaminados.

5. Caso confirmado de carbunco: Todo caso probable que es confirmado 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 u otro fluido.
- Serología positiva (ELISA, Western Blot, detección de toxinas, ensayo cromatográfico, prueba de anticuerpos fluorescentes).
- PCR (reacción en cadena de polimerasa) para detección de *B. anthracis* positiva.

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

6. **Caso Sospechoso de Carbunco:** Todo paciente con lesión cutánea con antecedente de contacto directo con animales infectados (vivos, muertos, o sus productos).
- En situación de brote, para el carbunco cutáneo se puede utilizar la definición de caso sospechoso y evaluar si la lesión evoluciona o no a la necrosis.

Influenza^{19 y 20}

1. Caso probable de Influenza:

Todo paciente con fiebre de inicio súbito ≥ 39 °C y mialgias, fatiga, postración, síntomas del tracto respiratorio alto: tos, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta, acompañada de algunos otros síntomas sistémicos como: dolor de cabeza, malestar, escalofríos; de intensidad moderada a severa.¹⁰

2. Caso confirmado de influenza A(H1N1)¹¹:

Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con el virus *influenza A (H1N1)* en un laboratorio de referencia nacional, por una o más de las siguientes pruebas:

- rt-PCR. (Reacción en cadena de la polimerasa en transcripción reversa) en tiempo real.
- Cultivo viral.

3. Infección respiratoria aguda grave (IRAG):

Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con historia de aparición súbita de fiebre superior a 38 °C, que además presenta:

- Tos o dolor de garganta y
- Dificultad para respirar y
- Que, por el compromiso de su estado general, debería ser hospitalizado.

4. **Conglomerado de infección respiratoria aguda grave (conglomerado de IRAG):**

Un conglomerado de IRAG, se define como dos o más personas detectadas con inicio de enfermedad dentro de un periodo de 14 días, en el mismo lugar (Institución, barrio, vivienda, etc.) que:

- Presentan manifestaciones de infección respiratoria aguda grave, o
- Murieron de una enfermedad respiratoria inexplicada.

5. **Infección respiratoria aguda grave inusitada (inusual, atípica o rara) - IRAG inusitada:** Se considera caso de *IRAG inusitada* a:

- Caso de IRAG en trabajador de salud con antecedente de contacto con personas con IRAG; o
- Caso de IRAG en personas previamente sanas de entre 5 y 60 años de edad; o
- Caso de IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza de toda cepa con potencial pandémico; o
- Caso de IRAG de causa inexplicable en personas que trabajan con aves u otros animales; o
- Muerte por IRAG de causa desconocida.

***Nexo epidemiológico:** Antecedente de situación de riesgo de contagio: por contacto caso confirmado de infección con el virus Influenza A(H1N1) durante su periodo de transmisibilidad, o de haber estado en zona de transmisión comprobada.

Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Respiratorias Agudas

IRAS –Neumonías²¹

1. Definición en menores de 5 años

- **Infecciones Respiratorias agudas de vías respiratorias altas (también denominadas “IRAS no Neumonías”)**

Todo niño menor de 5 años que presente tos acompañado de fiebre o rinorrea y que tiene una duración menor de 15 días, pero que no presenta dificultad respiratoria ni señales de alarma.

- **Neumonía**

Todo niño que además de presentar tos, fiebre o rinorrea, presenta respiración rápida y/o dificultad respiratoria.

En los establecimientos de salud de mayor complejidad además de los signos clínicos, el diagnóstico puede ser confirmado o descartado por evidencia radiológica de un infiltrado pulmonar agudo compatible con neumonía.

- Neumonía grave

Todo episodio de neumonía, que además presente algún signo de alarma o alguna complicación.

En menores de 2 meses se considerará caso grave, todo caso de neumonía.

- Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB)

Se utiliza esta definición en niños menores de 2 años que presenta sibilancias o tos persistente, con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, que traduce una disminución de la luz bronquial.

- Asma bronquial

Todo niño mayor de 2 años y menor de 5 años, que cursa con episodios de obstrucción bronquial, caracterizado por presentar sibilancias o tos persistente, con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, reversibles espontáneamente o con tratamiento.

2. Definición en de neumonía en mayores de 5 años

- Neumonía

Todo paciente con diagnóstico clínico y/o radiológico de neumonía adquirida en la comunidad, con un tiempo de enfermedad menor de 15 días.

- Definición de Hospitalización por neumonía:

Todo caso de cualquier edad, internado con diagnóstico de neumonía, neumonía grave o Infección respiratoria aguda grave, con permanencia igual o mayor a 24 horas.

- Defunción intrahospitalaria

Todo caso de neumonía o infección respiratoria aguda grave, adquirida en la comunidad, que fallece en un establecimiento de salud, después de permanecer internado 24 horas o más.

El diagnóstico de fallecimiento se deberá constatar con la Historia clínica y/o con el certificado de defunción.

- Defunción Extra-hospitalaria

Todo caso de neumonía o Infección respiratoria aguda grave, adquirida en la comunidad que fallece en el domicilio, comunidad o en el establecimiento de salud con menos de 24 horas de internamiento, con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad o infección respiratoria aguda grave.

El diagnóstico de fallecimiento se deberá constatar con el certificado de defunción

En menores de 2 meses, la notificación no incluye a las enfermedades respiratorias en el periodo peri natal, con diagnóstico: dificultad respiratoria del recién nacido, neumonías congénitas, neumonías por síndrome de aspiración neonatal.

Vigilancia Epidemiológica del EDA – Cólera

EDA

Enfermedad Diarreica aguda Acuosa

Todo paciente que presenta aumento en frecuencia (3 o más veces en 24 horas), fluidez y/o volumen de las deposiciones en comparación a lo habitual, con pérdida variable de agua y electrolitos y cuya duración es menor de 14 días.

Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica

Todo paciente que presenta aumento en frecuencia y fluidez de las deposiciones, de volumen escaso o moderado y que además evidencia en las heces sangre visible y moco.

Hospitalización por EDA:

Paciente internado con diagnóstico de Enfermedad diarreica aguda, con permanencia igual o mayor a 24 horas.

En la clasificación se debe especificar si se trata de una EDA Acuosa o Disentérica según la definición

Defunciones por EDA:

Caso que fallece a causa de diarrea o cualquier gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso o no y, que puede o no contar con identificación del agente etiológico.

En la clasificación se debe especificar si se trata de una EDA Acuosa o Disentérica según la definición

Cólera¹⁰

- 1. Caso Sospechoso de Cólera:** Persona de cualquier edad que presenta un cuadro de diarreas acuosas de aparición brusca que lleva rápidamente a la deshidratación.

Esta definición tiene mayor utilidad durante un brote o epidemia con el fin de captar precozmente los casos.

- 2. Caso Probable de Cólera:**

- A- Persona de cualquier edad que presenta bruscamente un cuadro clínico de diarrea acuosa con o sin vómitos, con deshidratación severa o shock, y sin presencia de fiebre o
- B- Persona de cualquier edad que muere por un cuadro de enfermedad diarreica aguda acuosa.

Esta definición tiene mayor utilidad en ausencia de actividad epidémica o cuando la incidencia es baja, cada caso debe ser investigado.

- 3. Caso Confirmado de Cólera:**

- Caso sospechoso o probable con aislamiento por coprocultivo de *Vibrio Cholerae* O1 u O139 u otro método de diagnóstico (PCR, etc).
- Todo caso probable en una localidad donde se han confirmado casos de cólera en las últimas 2 semanas.
- Todo caso probable durante un brote epidémico donde se han confirmado el *Vibrio Cholerae* O1 u O139 en los nuevos casos.
- Todo caso probable contacto familiar de un caso confirmado.

- 4. Caso Compatible de Cólera:**

Cualquier caso clasificado como sospechoso o probable que no puede ser confirmado o descartado en un lapso de 30 días posteriores a la clasificación inicial.

- 5. Caso de Portador Asintomático de *Vibrio Cholerae*:**

Toda persona en quien se ha aislado *V. Cholerae* O1 y O139, sin evidencia de cuadro clínico.

- 6. Caso Descartado de Cólera:**

Todo caso sospechoso o probable sin aislamiento por coprocultivo de *V. Cholerae* o confirmación de otro método y sin nexo epidemiológico.

Vigilancia Epidemiológica de VIH / SIDA / ITS

VIH – SIDA²²

1. Definición de caso de la infección por VIH:

A- En adultos y niños mayores de 18 meses: Se considerará como persona infectada con el VIH a toda persona que:

- Tenga una prueba confirmatoria (IFI o Western Blot); o
- Cumpla con los criterios de caso de SIDA.

B- En niños menores de 18 meses: una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH no será definitiva debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno. Se considerará que un niño menor de 18 meses está infectado por el VIH si es ELISA positivo (serotipo), o su madre está infectada con el VIH y además:

- Tiene resultados positivos, en dos momentos diferentes (no incluir muestras de cordón umbilical), en el cultivo de VIH, PCR para el VIH, o antígeno p24; o
- Cumple con los criterios de SIDA.

C- Los niños menores de 18 meses que no cumplen los criterios especificados en 2.A.2 pero que son VIH positivos con pruebas confirmatorias, y los niños con estado serológico desconocido nacidos de madres infectadas con el VIH, serán considerados NIÑOS EXPUESTOS PERINATALMENTE.

D- LOS NIÑOS EXPUESTOS PERINATALMENTE serán considerados SEROREVERTORES cuando:

- Tienen 2 o más pruebas de ELISA negativas realizadas entre 6 a 18 meses de edad o 1 prueba de ELISA negativa después de los 18 meses.
- No han tenido otra evidencia de laboratorio de infección (no ha tenido 2 pruebas de laboratorio de infección viral), y
- No ha tenido ninguna condición indicadora de SIDA.

2. Definición de Caso del SIDA:

A- Casos de SIDA: Se considerará que una persona es un caso de SIDA cuando:

A.1 Tenga un diagnóstico confirmado de cualquiera de las siguientes INDICADORES, en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, aún cuando las pruebas para infección por VIH no hayan sido realizadas o sus resultados no sean concluyentes:

- Neumonía por *Pneumocystis carini*;
- Criptococosis extrapulmonar;
- Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración;
- Infección por Herpes simplex, causante de úlcera muco-cutánea de más de un mes de duración, o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad;
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar;
- Sarcoma de Kaposi en menores de 60 años;
- Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad;
- Infección por Citomegalovirus de un órgano diferente a hígado, bazo o ganglios linfáticos, en pacientes con más de un mes de edad;
- Estrongiloidosis extraintestinal;
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva;
- Linfoma primario cerebral en menores de 60 años;
- Hiperpasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años;
- Infección diseminada por *Mycobacterium Kansaii* o complejo *Mycobacterium Avium – intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hilar o cervical);

A.2 Teniendo diagnóstico confirmado de infección por VIH, tenga además un diagnóstico confirmado de:

- Síndrome de consumo;
- Tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar;
- Isosporiasis con diarrea de más de un mes de duración;
- Sarcoma de Kaposi a cualquier edad;
- Complejo demencial o encefalopatía por VIH;
- Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad;
- Histioplasmosis extrapulmonar o diseminada;
- Septicemia por salmonella no tífica recurrente;
- Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años sin factores predisponentes. Las infecciones pueden ser: Septicemia, neumonía, artritis, meningitis o absceso visceral o cavitario (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de piel o mucosas), causadas por *Legionella*, *Haemophilus*, *Estreptococo* (incluyendo neumococo) o alguna otra bacteria piógena;
- Episodios recurrentes de neumonía bacteriana;
- Cáncer cérvico-uterino;
- Linfoma primario cerebral a cualquier edad;

- Diseminación extrapulmonar por *Mycobacterium avium* o *Mycobacterium Kansaii*;
- Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias diferentes a *Mycobacterium leprae*;
- Coccidioidomicosis diseminada.
- Linfocitos CD4 < 200.

A.3 Teniendo diagnóstico confirmado de infección por VIH, tenga además un diagnóstico presuntivo de:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*;
- Toxoplasmosis cerebral en mayores de un mes de edad;
- Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes, de especie indeterminada);
- Rinitis por Citomegalovirus, con pérdida de la visión;
- Candidiasis esofágica;
- Sarcoma de Kaposi;
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años;
- Episodios recurrentes de neumonía.

3. Definición de Síndrome de Consumo:

En ausencia e alguna otra enfermedad o condición, síndrome de consumo se define de la siguiente manera:

Adultos:

- Pérdida mayor del 10% del peso corporal;

Más:

- Diarrea (más de dos cámaras por día, durante 30 días), o
- Debilidad crónica y fiebre (30 días, intermitente o constante).

Niños:

- Pérdida mayor del 10% del peso corporal; o
- Más de dos percentiles (95%, 75%, 50%, 25%, 5%) de pérdida del peso corporal en la gráfica de peso para la edad, niños de 1 o más años de edad; o
- Por debajo del 5to percentil en dos mediciones consecutivas, con 30 días de diferencia, en la gráfica de peso para la talla;

Más:

- Diarrea (tres o más cámaras por día, durante 30 días), o
- Fiebre documentada (30 días, intermitente o constante).

4. Caso de SIDA FALLECIDO:

- Paciente con diagnóstico de SIDA que fallece por cualquier causa.
- Persona que fallece sin diagnóstico previo de SIDA y que en la necropsia se evidencia alguna enfermedad indicadora considerada en el inciso 2.A.1

Sífilis Congénita²³

1. **Definición de caso Sospechoso:** Los neonatos deben ser tratados como caso presuntivo de sífilis congénita cuando nacieron de madres con cualquiera de los criterios siguientes:
 - Tenían sífilis no tratadas al momento del parto.
 - Tuvieron evidencia serológica de recaída o reinfección después del tratamiento. (Aumento de 2 o más diluciones en los títulos de anticuerpos no treponémicos).
 - Se trataron con eritromicina u otro régimen diferente a la penicilina.
 - No tenían evidencia de tratamiento para la sífilis.
 - Se trataron adecuadamente para sífilis reciente durante el embarazo, pero los títulos no disminuyeron mínimo dos diluciones.
 - Se trataron adecuadamente antes del embarazo, pero tuvieron seguimiento serológico insuficiente que asegurará una buena respuesta al tratamiento.
 - Todo niño con prueba reagínica positiva.
 - Niños hasta los 12 años; con signos clínicos de sífilis secundaria sin antecedentes de abuso sexual o contacto sexual.

2. **Definición de Caso Confirmado:**
 - Todo neonato cuya madre tuvo durante la gestación sífilis no tratada o inadecuadamente tratada, aún en ausencia de síntomas, signos o resultados de laboratorio.
 - Todo niño con prueba confirmatoria TPHA (de no contar con prueba confirmatoria se usará el RPR) y alguna de las siguientes condiciones:
 - A- Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico (hepatomegalia, esplenomegalia, pénfigo cutáneo, rinitis serosanguinolenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia).
 - B- Evidencia radiográfica de sífilis congénita.
 - C- Alteraciones de LCR (VDRL reactivo, pleocitosis o proteinorquia).
 - D- Elevación de títulos reagínicos en relación a los anteriores.
 - E- Anticuerpos Ig M con *Treponema Pallidum*.
 - Todo niño con presencia de *T. Pallidum* en lesiones o placenta, cordón umbilical o necropsia, determinada con TPHA.
 - Todo niño con prueba positiva luego del sexto mes de edad, excepto en el niño en seguimiento post terapéutico o de sífilis adquirida.

- Niños hasta los catorce años con signos o síntomas de sífilis secundaria son antecedente de abuso sexual, o contacto sexual.
- Todo caso de muerte fetal ocurrida luego de la semana 20 de gestación o con peso mayor de 500 gr cuya madre con sífilis no fue tratada o fue inadecuadamente tratada.

3. Definición de Caso Descartado:

- Todo caso en que es descartada la infección materna por seguridad a prueba confirmatoria TPHA.
- Niño con sífilis adquirida que sea demostrada por investigación.

Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna y Mortalidad Perinatal

Mortalidad Materna²⁴

1. Definición de Muerte Materna:

Se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

(Fuente: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10).

- Para efectos de la vigilancia epidemiológica se clasifican operativamente como:
 - Muerte Materna Directa
 - Muerte Materna Indirecta
 - Muerte Materna Incidental

2. Muerte Materna Directa:

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. Algunos ejemplos son las muertes causadas por: eclampsia, parto obstruido, aborto séptico, ruptura uterina, retención placentaria, atonía uterina, sepsis puerperal, etc.

3. Muerte Materna Indirecta:

Son las que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que surge durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los cambios fisiológicos del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, Tuberculosis, VIH/SIDA, anemia, malaria, etc. Para estos efectos se considera también los casos de suicidio durante el embarazo o durante el periodo puerperal.

4. **Muerte Materna Incidental:**

Es aquella que no está relacionada con el embarazo, parto o puerperio, ni con una enfermedad preexistente o intercurrente que se agrave por efecto del mismo; y ocurre por una causa externa a la salud de la madre, es decir las denominadas accidentales o incidentales. Algunos ejemplos son: accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, herida por arma de fuego, homicidio, etc.

5. **Muerte Materna Directa Tardía:**

Es aquella que ocurre por cualquier causa obstétrica directa después de 42 días de ocurrido el parto, pero antes de un año de la terminación del embarazo (CIE-10). También es de notificación e investigación obligatoria.

6. **Muerte Materna Institucional:**

Es todo caso de muerte materna ocurrida en un establecimiento de salud, independiente del tiempo de permanencia en el mismo, (incluye EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, establecimientos de salud privados). Se incluyen en este rubro las muertes ocurridas durante el traslado de un establecimiento de salud a otro, producto de una referencia institucional.

7. **Muerte Materna Extra-Institucional:**

Es todo caso de muerte materna ocurrida fuera del establecimiento de salud, sea esta en el domicilio o durante el traslado a un establecimiento de salud por los familiares o agente comunitario de salud, producto de una referencia comunitaria.

Mortalidad Perinatal²⁵

1. **Caso Centinela de Muerte Perinatal :**

Casos que pueden ser poco frecuentes pero de marcada relevancia, que implican la necesidad de un análisis estricto y particular, para tomar decisiones de mejora en los niveles operativos. Son casos centinela:

- A- Óbito de RN con peso igual o mayor a 2500 gramos.
- B- Muerte por prematuridad en RN con más de 1500 gr.
- C- Recién nacido por cesárea programada, que no sea por Preeclampsia severa o Eclampsia, Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), cardiopatía; y que pesa al nacer menos de 2500 gr. o que desarrolla Enfermedad de Membrana Hialina.

2. **Recién Nacido o Neonato:**

Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o

movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

3. Muerte Perinatal:

Muerte intra o extrauterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento, peso igual o mayor a 500 gramos o talla de 25 cm o más de la coronilla al talón. El orden para aplicar estos criterios es el siguiente: peso al nacer, edad gestacional, talla coronilla al talón.

4. Muerte Fetal:

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

5. Muerte Neonatal:

Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

A- Muerte Neonatal Precoz:

Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida.

B- Muerte Neonatal Tardía:

Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre desde el octavo día de vida hasta que complete los 28 días de vida.

6. Bajo Peso al Nacer:

Característica del recién nacido (vivo o muerto), que pesa al nacer menos de 2500 gramos. La medición se realiza al momento del nacer o dentro de las primeras 24 horas de vida del RN, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido.

7. Recién Nacido Prematuro:

Es el recién nacido vivo con edad gestacional menor de 37 semanas ó 259 días.

8. Complicaciones Neonatales:

En el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SSVEPN), se considera complicaciones neonatales bajo vigilancia a las siguientes entidades nosológicas:

A- Asfixia del Nacimiento (CIE10: P21 2),

B- Dificultad Respiratoria Neonatal (CIE 10: P223) y

C- Sepsis Bacteriana del recién nacido (CIE 10: P36).

Estas son las complicaciones más frecuentes e importantes predictores de posterior mortalidad y discapacidad.

- **Caso probable de Asfixia del nacimiento:**

Recién nacido con diagnóstico médico de Asfixia (hipoxia) y persistencia de un puntaje de Apgar de 0 a 3 a los 5 minutos.

- **Caso confirmado de Asfixia del nacimiento:**

Recién nacido con diagnóstico probable de Asfixia (hipoxia) y acidemia metabólica o mixta profunda (pH <7) en una muestra de sangre arterial de cordón umbilical durante la primera hora de nacido y/o secuelas neurológicas clínicas en el periodo neonatal inmediato que incluyen convulsiones, hipotonía, coma o encefalopatía hipóxico-isquémica.

- **Caso Probable de Dificultad Respiratoria Neonatal:**

Recién nacido que presenta al mismo tiempo los siguientes 3 signos:

- Aleteo nasal,
- Tiraje subcostal/intercostal, y
- Quejido espiratorio;

Con presencia o ausencia de cianosis.

- **Caso confirmado de Dificultad Respiratoria Neonatal:**

Recién nacido con diagnóstico probable de Dificultad Respiratoria, asociado a estudios radiológicos.

- **Caso probable de Sepsis Bacteriana del Recién Nacido:**

Recién nacido que presenta:

- Dos o más de los siguientes signos: Dificultad respiratoria, inestabilidad cardiopulmonar, ictericia, hiper o hipotermia, con o sin convulsiones, visceromegalia, cianosis y/o piel marmórea y/o trastornos gastrointestinales, vómito porráceo y/o íleo, y presenta además b) y c),
- Uno o más factores de riesgo asociados para sepsis, y
- Al menos una de los siguientes resultados de laboratorio:

- Recuento de leucocitos anormales,
- Relación neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales > 0,16 (en las primeras 24 horas),
- VSG aumentada,
- Proteína C reactiva positiva y
- Otros métodos de ayuda diagnóstica positivos como radiografía.

- **Caso confirmado de Sepsis Bacteriana del recién nacido:**

Recién nacido con diagnóstico probable de sepsis bacteriana y aislamiento del germen patogénico en cultivo de sangre o líquido céfalo raquídeo u orina.

Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias (IIH)

Se considera que una infección adquirida es intrahospitalaria, siempre y cuando reúna los siguientes criterios:

Criterio 1: Definición:

La infección intrahospitalaria se define como aquella que se adquiere luego de 48 horas de permanencia hospitalaria y que el paciente no portaba a su ingreso. Solo en caso de neonatos se considera como IIH a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Criterio 2: Asociación a un factor de riesgo

Un factor de riesgo es la condición o situación al cual se expone un huésped, capaz de alterar su estado de salud (15,16) y que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar una infección intrahospitalaria. Esta condición no necesariamente constituye un factor causal. Se afirma que la IIH es potencialmente causada por un factor de riesgo, siempre y cuando no haya evidencia de alguna otra causa conocida.

Criterio 3: Criterios específicos de infección

La información usada para determinar la presencia y clasificación de una infección deberá ser la combinación de hallazgos clínicos y resultados de laboratorio y otras pruebas de acuerdo a los criterios establecidos.

Definición operacional de las IIH:

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS IIH			
Infección Intrahospitalaria	Sigla	Definición	Nº pacientes vigilados
Infección Urinaria	ITU a	ITU asociado a catéter urinario permanente (más de 24 hrs) en el servicio de Medicina	Total de pacientes con catéter urinario permanente en el servicio de Medicina
	ITU b	ITU asociado a catéter urinario permanente (más de 24 hrs) en el servicio de Cirugía	Total de pacientes con catéter urinario permanente en el servicio de Cirugía
	ITU c	ITU asociado a catéter urinario permanente (más de 24 hrs) en el servicio de UCI	Total de pacientes con catéter urinario permanente en el servicio de UCI
Infección del torrente sanguíneo	ITS a	Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central permanente (24 horas o más) en UCI	Total de pacientes con catéter venoso central permanente (24 horas o más) en UCI
	ITS b	Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central permanente (24 horas o más) en pacientes de neonatología	Total de pacientes con catéter venoso periférico permanente (24 horas o más) en pacientes del servicio de neonatología.
	ITS c	Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso periférico permanente (24 horas o más) en pacientes de neonatología	Total de pacientes con catéter venoso periférico permanente (24 horas o más) en pacientes del servicio de neonatología
Neumonía	Neu a	Neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI	Total de pacientes con ventilación mecánica en UCI
	Neu b	Neumonía asociada a ventilación mecánica en Neonatología	Total de pacientes con ventilación mecánica en Neonatología
Infección de Herida operatoria	IHO a	Infección de herida operatoria por colecistectomía por laparotomía	Total de pacientes operados por colecistectomía
	IHO b	Infección de herida operatoria por hernias inguinales	Total de pacientes operados por hernia inguinal en adultos y pacientes pediátricos.
	IHO c	Infección de herida operatoria por cesárea	Total de pacientes con parto cesárea
Endometritis puerperal	EP a	Endometritis puerperal asociado a parto vaginal	Total de pacientes con parto vaginal
	EP b	Endometritis puerperal asociado a cesárea	Total de pacientes con parto cesárea
Exposición laboral	EL a	Accidentes punzo cortantes en el personal hospitalario	Total de trabajadores en el hospital
	EL b	Tuberculosis pulmonar frotis positivo en personal hospitalarios	Total de trabajadores en el hospital

Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

Cáncer

Caso Confirmado de Cáncer: Todo caso de Cáncer en persona de cualquier edad que ingresa al establecimiento por motivo directamente relacionado con el cáncer o no. El diagnóstico de Cáncer es confirmado por alguno de los métodos (criterio clínico, algún método auxiliar de diagnóstico o por examen anatómico patológico de una muestra del tumor primario, muestra de una metástasis, lámina o citología; independientemente si el caso fue diagnosticado por el Establecimiento de Salud o fuera de él y si recibió tratamiento o no.

Defunción por Cáncer: Para el caso de registro de mortalidad por cáncer se considera caso de cáncer; si el certificado de defunción como fuente principal de información para este registro, considera al cáncer como una de las causas de muerte.

Diabetes

Caso de Diabetes Mellitus: Persona de cualquier edad con diagnóstico de diabetes mellitus, realizado por un médico en un hospital u otro establecimiento del Sector Salud confirmado por un test de glicemia de 126 mg/dl o equivalente, después de un ayuno de 8 horas o más.

Lesiones por Accidentes de Tránsito

Caso de lesionado por accidente de tránsito: Persona atendido por primera vez en el Establecimiento de Salud por una causa relacionada con un accidente de tránsito sin importar que este haya ocurrido dentro o fuera de la jurisdicción del Establecimiento.

Vigilancia Epidemiológica de Riesgos Ambientales

Determinantes de Riesgo por Exposición e Intoxicación con Plaguicidas

Definiciones de caso por exposición e intoxicación con plaguicidas

Caso probable: Es la persona expuesta a uno o más plaguicidas, que presente dentro de las primeras 24 horas, sintomatología compatible con una intoxicación sistémica o localizada y sugiere exposición a plaguicidas (laboral o no laboral).

Caso confirmado: Caso en el que se establece al menos uno de los siguientes criterios:

a) Confirmación clínica-epidemiológica

Es la persona que presenta signos y síntomas de intoxicación, con antecedente de exposición a un plaguicida (vías de exposición, mecanismo y su relación en el tiempo). En caso de fallecimiento la confirmación será con procedimientos médico-legal.

b) Confirmación por laboratorio

Identificación del indicador biológico de exposición o de efecto alterado de acuerdo al plaguicida (bioquímico o metabolitos del plaguicida) en muestras biológicas (sangre, orina y otros fluidos), según corresponda y además de la presencia de manifestaciones clínicas evidentes.

Caso Descartado: Todo caso probable que luego de la investigación epidemiológica y de laboratorio tiene resultado negativo a la intoxicación por plaguicidas.

Vigilancia sindrómica

1. **Síndrome Febril:** Todo paciente con inicio brusco de fiebre y menos de 7 días de evolución, que tenga entre 5 y 65 años de edad.
Se considerará de notificación inmediata obligatoria a los conglomerados de febriles sin foco infeccioso evidente (paciente febril en el cual no se ha identificado signos o síntomas relacionados a un foco infeccioso).
2. **Síndrome febril icterico agudo:** Todo paciente con presentación brusca de fiebre, ictericia y ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente (pe. hepatopatía crónica, hepatopatía inducida por fármacos y autoinmunes).
Todos los casos deben ser notificados de inmediato, ya sea que ocurran en forma aislada o en conglomerados.
3. **Síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas:** Todo paciente con inicio brusco de fiebre cuya duración es menor de tres semanas y dos de los siguientes signos:
 - Erupción cutánea hemorrágica o purpúrica.
 - Epistaxis.
 - Hemoptisis.
 - Sangre en las heces.
 - Otras manifestaciones hemorrágicas.

Y ausencia de factores predisponentes para hemorragia conocidos en el paciente.
Se considerará factor predisponente para hemorragia a lo siguiente (criterios de exclusión):

- Hepatopatía crónica.
- Síndrome hemorragíparo de etiología no infecciosa como: intoxicaciones agudas, neoplasias, efectos adversos a medicamentos, enfermedades hematológicas o autoinmunes y accidentes por animales ponzoñosos.

Todos los casos deben ser notificados de inmediato, ya sea que ocurran en forma aislada o en conglomerados.

4. **Síndrome febril respiratorio agudo:** Todo paciente mayor de 5 años con inicio brusco de fiebre, acompañado de tos o dificultad respiratoria y ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente.

Sólo los **conglomerados de importancia urgente para la salud pública** deben ser notificados de inmediato.

5. **Síndrome febril con manifestaciones neurológicas:** Todo paciente febril, con presentación aguda de alteración del sistema neurológico, definida por la presencia de uno o varios de los siguientes signos:

- Deterioro agudo de la función mental (por ejemplo, pérdida de la memoria, comportamiento anormal, alteración de la conciencia)
- Aparición aguda de parálisis.
- Convulsiones.
- Signos meníngeos.
- Movimientos involuntarios (por ejemplo: corea, temblor, mioclonus)
- Otro síntoma grave que se crea que es una disfunción del sistema neurológico y **enfermedad grave**.

Y ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente (alteraciones metabólicas, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus, tirotoxicosis).

6. **Síndrome febril con erupción dérmica:** Todo paciente con cuadro febril de menos de 7 días de duración acompañado de erupción dérmica (exantemática, papular o vesicular).

Solo los **conglomerados de importancia urgente para la salud pública** deben ser notificados de inmediato.

7. **Síndrome diarreico agudo:** Todo paciente de 5 o más años, con inicio brusco de diarrea, **enfermedad grave** y ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente.

Sólo los **conglomerados de importancia urgente para la salud pública** deben ser notificados de inmediato.

8. **Síndrome de úlcera cutánea necrótica:** Todo paciente con lesión ulcerosa en piel, con signos de necrosis, de menos de 2 semanas de evolución y ausencia de factores predisponentes (Enfermedad vascular, neuropatías, inducido por fármacos y enfermedades inflamatorias).

Todos los casos deben ser notificados de inmediato, ya sea que ocurran en forma aislada o en conglomerados.

9. **Síndrome febril anémico agudo:** Paciente de cualquier edad o sexo y que presente al examen clínico fiebre y palidez aguda de piel o mucosas o hematocrito < 30%.

10. **Muerte no explicada post síndrome febril:** Toda muerte de paciente febril sin evidencias para su diagnóstico.

Sólo los **conglomerados de importancia urgente para la salud pública** deben ser notificados de inmediato.

11. **Otros síndromes notificables:** Cualquier otro síndrome con características de **enfermedad grave** no incluido en las definiciones anteriores.

Sólo los **conglomerados de importancia urgente para la salud pública** deben ser notificados.

BIBLIOGRAFIA

1. Perú. Ministerio de Salud - OGE, INS. Tos Ferina. Módulos Técnicos. Serie de Documentos Monográficos; 2001. y Boletín Epidemiológico, Vol. 20 No. 4, diciembre 1999 Normas y Estándares en Epidemiología: Definiciones de Casos: Difteria y Tos Ferina.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Definiciones de Caso para Condiciones Infecciosas Bajo Vigilancia en Salud Pública. MMWR 1997;46(10): 39
3. Organización Panamericana de la Salud. Definiciones de casos: tétanos neonatal y tuberculosis. Boletín Epidemiológico 2000; 21(1): 11-13
4. Perú. Ministerio de Salud - DGE. Fiebre Amarilla. Módulos Técnicos. Serie de Protocolos de Vigilancia; 2005.
5. Perú. Ministerio de Salud - OGE, INS. Hepatitis Virales B y D. Módulos Técnicos. Serie de Documentos Monográficos; 2001.
6. Organización Panamericana de la Salud. Definiciones de Casos: Sarampión y Rubéola Boletín Epidemiológico 1999; 20(3): 10-11. Perú. Ministerio de Salud - DGE. Sarampión - Rubeola. Módulos Técnicos. Serie de Protocolos de Vigilancia; 2005.
7. Equipo Técnico de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles por Vacunas y ESAVI.
8. Organización Panamericana de la Salud. Normas y Estándares en Epidemiología: Lineamientos para la vigilancia epidemiológica. Boletín Epidemiológico 1999; 20(2):11-13.
9. Perú. Ministerio de Salud - DGE, INS. Bartonelosis. Módulos Técnicos. Serie de Documentos Monográficos; 2001; 14: 29.
10. Documento Técnico PERU/MINSA/DGE – 04/001 & Serie de Normas de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, "Protocolos de la Vigilancia Epidemiológica. Parte I". 2006
11. RM N°658- 2010, mediante la cual se aprueba la D.S. N°037 – MINS/DGE-V.01, denominada: "Directiva Sanitaria para la Notificación de Casos en la Vigilancia Epidemiológica del Dengue".
12. Perú. Ministerio de Salud - OGE, INS. Tifus exantemático. Módulos Técnicos. Serie de Documentos Monográficos; 2001; 14: 29.
13. WHO (2006). "International meeting on preventing and controlling plague: the old calamity still has a future." Wkly Epidemiol Rec 81(28): 278-284.
14. WHO (2008). Interregional meeting on preventing and controlling plague, World Health Organization.
15. Perú (2010). Norma Técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la peste en el Perú, NTS N° 083-MINSA/DGSP-V.01 R.M. 684-2010/MINSA. Lima, Ministerio de Salud del Perú.
16. OPS (2000) "Definiciones de caso: Brucelosis, Carbunco (Antrax), Rabia." Boletín Epidemiológico 21, 12-14.
17. Perú Ministerio de Salud (2004). Protocolos de vigilancia epidemiológica. Parte I. Lima, Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. MMWR 1997;46(10): 7.
19. RM 455-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba la D.S. N° 026 -2009 MINS/DGE-V.01, denominada: "Directiva Sanitaria Para La Vigilancia Epidemiológica Intensificada De Influenza E Infecciones Respiratorias Agudas (Ira) En El Perú".

20. Gómez-Benavides, J. and A. Escudero-Quintana (2007). Guía técnica de vigilancia de influenza y otros virus respiratorios. Lima, Ministerio de Salud; Dirección General de Epidemiología.
21. Equipo Técnico de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias Agudas.
22. Perú. Ministerio de Salud – DGE. “Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú - Bases Epidemiológicas para la Prevención y Control”. 2006.
23. Equipo Técnico de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA/Sífilis Congénita.
24. RM N° 634-2010 / MINSA, mediante la cual se aprueba la Directiva Sanitaria N° 036-MINSA / DGE-V.01 "Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna".
25. RM N° 279-2009 / MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N°078-MINSA / DGE-V.01: “Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal”.
26. Equipo Técnico de Vigilancia Epidemiológica de TBC/Lepra/Enfermedad Meningocócica.
27. RM 994 -2005/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 039-MINSA/DGSP-V.01, denominada “Norma Técnica de Salud para la eliminación de la Lepra”



Dirección General de Epidemiología

Ministerio de Salud del Perú

Sitio web: www.dge.gob.pe

Email: postmaster@dge.gob.pe