MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
REPUBLICA DE BOLIVIA

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

LA PAZ - BOLIVIA

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**
**SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**
**SNIS**

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**BOLIVIA - 2004**

BIBLIOTECA VIRTUAL EN
SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION
Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

## AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Fernando Antezana Aranibar
**MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES**

Dra. Rosario Quiroga Morales
**VICEMINISTRA DE SALUD**

Dr. Eduardo Chávez Lazo
**DIRECTOR GENERAL DE SALUD**

Dra. Lourdes Ortiz Daza
**COORDINADORA NACIONAL DEL SNIS**

**ELABORACIÓN :**

Dra. Lourdes Ortiz Daza

Dr. Mario Lagrava Burgoa

**REVISIÓN:**

Dr. Virgilio Prieto Barrón
**Director General de Prevención y Control de Enfermedades**

Dra. Jacqueline Reyes M.
**Directora Técnica de Servicios de Salud**

Dra. Fabiana Michel
**Responsable Nacional PAI a.i.**

Dra. Mirian Nogales Ramírez
**Coordinadora Nacional Programa Tuberculosis**

Dra. Susana Asport Terán
**Coordinadora de Servicios de Salud**

Dr. Rafael Cervantes M
**Coordinador Proyecto PLAG BOL**

Dr. Ernesto Gonzáles
**Responsable Programa Desastres y Emergencias**

Dr. Hectór Pérez Vargas
**Consultor PROSIN**

**Dr. Ricardo Batista**
Vigilancia epidemiológica SNIS

# PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes en el marco del Programa del Escudo Epidemiológico y el Proyecto Fortalecimiento al Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, pone a disposición de los establecimientos de Salud el Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia epidemiológica, cuyo contenido técnico, elaborado considerando las normas de los Programas del Ministerio y validado por los profesionales responsables de los mismos, permitirá orientar adecuadamente las acciones a realizar en los servicios, para contribuir al desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica.

El Manual, presenta un primer capítulo orientado a brindar las normas y procedimientos para el registro de la información y los flujos que debe seguir la misma para dar alerta al Sistema de Salud en los diferentes niveles, posibilitando la intervención oportuna de los Programas para la prevención y el control.

El segundo capítulo considera las enfermedades y eventos de notificación inmediata priorizados en el país sobre la base de criterios de magnitud, vulnerabilidad, trascendencia, costo y vigilancia internacional. Cada enfermedad se describe considerando la definición de la misma, la descripción clínica, la definición de caso, pruebas de laboratorio y las actividades de notificación y control, dentro de las cuales se incluyen las acciones con el paciente, comunidad y medio ambiente.

El tercer y cuarto capítulo se refieren a las enfermedades infecciosas y no infecciosas y eventos de notificación semanal.

El anexo contiene los instrumentos definidos en el SNIS para la información de Vigilancia epidemiológica y las fichas epidemiológicas vigentes en cada uno de los Programas de Salud.

Este documento técnico llena un importante vacío para contribuir al mejor desempeño del recurso humano en los establecimientos de salud, brindando los elementos necesarios para una efectiva participación en el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

Dr. Fernando Antezana Aranibar
**MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES**

# TABLA DE CONTENIDOS

Capítulo I.
Normas y procedimientos para el registro de información de vigilancia epidemiológica.

Introducción ..... 13
Objetivo general ..... 13
Objetivos específicos ..... 13
Aspectos legales y éticos ..... 16
Fuentes de datos ..... 18
Enfermedades sujetas a notificación ..... 19
Fuentes de notificación ..... 21
Instrumentos ..... 24
Procedimientos ..... 25
Flujos de información ..... 31
Análisis ..... 31
Programa automatizado de datos ..... 33

Capítulo II.
Enfermedades y eventos de notificación inmediata
Cólera ..... 39
Dengue ..... 41
Difteria ..... 43
Enfermedad por Hanta virus ..... 45
Fiebre amarilla ..... 47
Fiebre hemorrágica boliviana ..... 49
Meningitis meningocócica ..... 51
Peste ..... 53
Poliomielitis y parálisis flácida aguda ..... 55
Rabia humana ..... 57
Rabia canina ..... 59
Rubeóla ..... 61
Sarampión ..... 63
Tos ferina ..... 65

Capítulo III
Enfermedades infecciosas de notificación semanal

Enfermedades diarreicas agudas ..... 69
Hepatitis ..... 71
Infecciones de transmisión sexual Síndrome úlcera genital ..... 73
Infecciones de transmisión sexual Síndrome flujo uretral ..... 75
Infecciones respiratorias agudas ..... 77
Leishmaniasis ..... 79
Lepra ..... 81
Malaria ..... 83
Parotiditis ..... 85
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ..... 87
Tétanos ..... 89
Tétanos neonatal ..... 91
Tuberculosis ..... 93

Capítulo IV
Enfermedades y eventos no infecciosos de notificación semanal

Estado nutricional ..... 99
Intoxicación por plaguicidas ..... 101
Salud sexual y reproductiva ..... 103
Violencia intrafamiliar ..... 105

Anexos:
Fichas de Vigilancia Epidemiológica .....107

# I. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

# MANUAL PARA EL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El concepto de vigilancia epidemiológica ha evolucionado en el tiempo, inicialmente vigilancia significaba la observación cuidadosa de personas expuestas a enfermedades transmisibles para detectar síntomas tempranos y establecer aislamiento y medidas de control precoces, luego se introdujo el concepto de la vigilancia como seguimiento de la ocurrencia de las enfermedades en las poblaciones.

Posteriormente se adoptó el concepto de vigilancia colectiva y se enlistaron sus tres características básicas: recolección sistemática de datos; consolidación y análisis de los datos recolectados, y diseminación de la información por medio de reportes epidemiológicos narrativos.

La nueva generación de la vigilancia epidemiológica hace énfasis en el hecho de que la vigilancia tenga como objetivo principal realizar el seguimiento de los trazadores de riesgo, entre ellos el comportamiento.

El subsistema de vigilancia epidemiológica, es parte del Sistema Nacional de Información en Salud SNIS, a través de la vigilancia de enfermedades transmisibles busca estimar la magnitud de los problemas, determinar su distribución geográfica, monitorear cambios a corto y largo plazo en su patrón de presentación y en coordinación con los programas y red de laboratorios, identificar cambios en los agentes infecciosos y modificaciones en las prácticas de salud, para facilitar la planificación y toma de acciones eficaces y oportunas.

En ese sentido los datos y la información deberán usarse para:

- Identificar los subgrupos de población más afectados,
- Señalar los trazadores de riesgo que mantienen a la población expuesta a la infección,
- Diseñar intervenciones para disminuir los riesgos con el fin de reducir el avance de la transmisión.

El subsistema tiene el siguiente objetivo general y objetivos específicos:

## OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar información oportuna y de calidad que permita la respuesta eficaz de los establecimientos de salud y programas de control frente a enfermedades de alta prevalencia y gravedad.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer en el Sistema Nacional de Información en Salud, la notificación obligatoria con calidad, oportunidad e integridad, de enfermedades transmisibles

priorizadas, en la red pública de salud, los seguros sociales, ONGs, iglesias y establecimientos privados.

- Controlar la recolección y el procesamiento sistemático y continuo de datos, el monitoreo, análisis e interpretación apropiados en Gerencias de Red, SEDES y Nivel Nacional.
- Proporcionar información para establecer la tendencia de las enfermedades, sus patrones de riesgo, y relacionarlos con las acciones de control.
- Proporcionar información para evaluar las acciones de prevención y control.
- Difundir información para la investigación oportuna y adecuada de los casos notificados, que permita tomar medidas de prevención pertinentes.
- Difundir reportes periódicos en el ámbito de las Gerencias de Red, SEDES y Nivel Nacional.

La vigilancia de las enfermedades, contribuye con la información a la Vigilancia Epidemiológica, entendida como un proceso continuo y sistemático de colección, análisis, investigación, interpretación y diseminación de datos de un evento de salud. La información obtenida es utilizada para las acciones de prevención y control en los diferentes niveles del sistema y permite planificar, implementar y evaluar programas y proyectos de salud.

En todos los países, se ha dado impulso a esta generación de vigilancia a haciendo que esta sea más integradora, articuladora y flexible:

**Integradora,** en el sentido de que:

- Permita que los sistemas de vigilancia existentes puedan explicar las causas de los cambios.
- Favorezcan la integración de la vigilancia biológica con la vigilancia de comportamientos,

**Articuladora,** a fin de permitir reunir los dos tipos de vigilancia que existen:

- **la vigilancia pasiva,** donde se espera pasivamente la comunicación de casos, tal como ocurre con muchos sistemas de la vigilancia regular, y
- **la vigilancia activa,** en la cual la información es activamente buscada, como por ejemplo en la vigilancia centinela y las diversas investigaciones.

**Flexible,** para:

- Hacer posible la comparación de datos a lo largo del tiempo,
- Permitir integrar datos de otras fuentes que puedan contribuir a la información sobre los trazadores de riesgo.
- Adecuarse a los cambios en la situación epidemiológica del país.

En el país la vigilancia epidemiológica se enfocará desde dos ángulos:
Desde el punto de vista **estratégico** la vigilancia podrá ser regular y a través de los sitios centinela y las investigaciones.

Desde el punto de vista de la **razón** (objetivo) de la vigilancia el enfoque irá dirigido a la vigilancia de la morbilidad, la mortalidad y el riesgo.

| | VIGILANCIA REGULAR | VIGILANCIA CENTINELA | VIGILANCIA POR INVESTIGACIÓN |
|---|---|---|---|
| MORBILIDAD | | | |
| MORTALIDAD | | | |
| RIESGO | | | |

**La vigilancia regular** es el proceso de colección, análisis y difusión de la información para la acción, de un evento o problema de salud y sus determinantes, realizado de manera regular en la totalidad de los establecimientos incorporados al Sistema, implica que el proceso de tratamiento de la información es continuo y universal, es decir que se recoge la totalidad de eventos que se producen en todo lugar y en todo momento dentro del universo definido.

Este tipo de vigilancia tiene una amplia cobertura, sin embargo no siempre responde a todas las necesidades de información de los programas nacionales, ya que se debe considerar la multiplicidad de eventos o problemas de salud a vigilar y la racionalidad del mismo Sistema de Información en los niveles operativos, buscando un equilibrio entre la cantidad de información solicitada, la integridad, oportunidad y validez de la misma en un universo amplio y complejo, donde los informantes pueden tener diferentes criterios sobre los procesos a vigilar.

La vigilancia regular incorpora diferentes categorías de personal (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), por lo que cada una de las enfermedades, eventos o riesgos a informar requieren de definiciones de caso claras y precisas.

La información para la Vigilancia Regular está a cargo del Sistema Nacional de Información en Salud, se realiza a través del formulario de notificación semanal, cuyas variables han sido acordadas con cada uno de los Programas.

**La vigilancia centinela** se realiza para cubrir necesidades de los Programas que requieren una mayor calidad y cantidad de información, que permita establecer la tendencia y factores de riesgo de un problema específico a vigilar. En la Vigilancia Centinela se realiza un uso intenso de los recursos y las acciones se encuentran concentradas en un tiempo definido. Para la realización de este tipo de vigilancia se obtiene información de muestras lo más representativas posibles de las poblaciones vigiladas.

A través de la Vigilancia Centinela, es posible obtener una idea más precisa de la magnitud y evolución de los problemas. Tiene un menor costo por resultado en comparación a la vigilancia regular y en muchas ocasiones un menor costo global, permitiendo la utilización de métodos clínicos y diagnósticos. La vigilancia centinela se realiza en menor tiempo permitiendo colectar, analizar y diseminar la información, de manera oportuna.

La Vigilancia Centinela se realiza sobre la base de la guía propuesta por el SNIS que en coordinación con el progama, estructura, el Plan para su ejecución. Requiere establecer claramente la muestra poblacional, criterios de inclusión y exclusión, la red de establecimientos de salud incorporados a la Vigilancia considerando capacidad resolutiva



BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

adecuada al problema o evento a vigilar, el recurso humano capacitado y la red de laboratorios.

**La vigilancia por investigación** se realiza cuando el Programa plantea un problema a resolver, cuya respuesta le permitirá estructurar las intervenciones sobre una base científicamente aceptable. Se realiza cuando existen vacíos en el conocimiento frente a un problema, factores de riesgo o intervenciones que se aplican regularmente pero no brindan los resultados esperados. El objetivo de la investigación es conocer el problema o contribuir a resolverlo, acumulando información suficiente como para hacerlo comprensible o explicable.

La vigilancia por investigación se realiza por los programas sobre la base de un protocolo de investigación, que permite ordenar todo el proceso y dar respuesta a la hipótesis enunciada, de tal manera que orienta las intervenciones del programa sobre la base de resultados científicamente validados.

En este concepto, la vigilancia epidemiológica, entendida como un proceso de información y acción continuos, para su ejecución requiere de varios actores:

- El Sistema Nacional de Información en Salud
- Los Programas de Prevención y Control de Enfermedades
- La Red Nacional de Laboratorios de Salud

Estas instancias conforman un Comité de Coordinación para la Vigilancia Epidemiológica creado por Resolución Ministerial cuyas atribuciones son las siguientes:

**SNIS:** Es el responsable del cumplimiento adecuado de la captación, procesamiento y análisis de los datos, la generación de información y comunicación de la misma a todos los interesados.

**Programas de Prevención y Control de Enfermedades:** Son los responsables de la utilización oportuna y adecuada de la información, permitiendo la identificación de los problemas, el seguimiento de las acciones de prevención, control y evaluación de los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.

**Red Nacional de Laboratorios de Salud:** Es responsable de brindar información sobre la confirmación de las sospechas diagnósticas individuales y de dar el apoyo a los estudios e investigaciones epidemiológicas que se requieran.

## ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Los profesionales de la salud enfrentan permanentemente diversos desafíos éticos, dando lugar a discusiones y debates respecto a la ética en la atención de salud.

La proliferación de investigaciones con seres humanos ha generado similares preocupaciones y controversias en materia de ética, acerca de la protección de los derechos de los participantes. La investigación surge de la convicción de que el conocimiento es importante y que tiene el potencial de contribuir a salvar vidas, o de ser benéfico a largo plazo.

El subsistema de Vigilancia Epidemiológica, se encuentra regido por principios éticos y legales, establecidos en los códigos jurídicos, de salud y de ética médica del país, identificándose los siguientes:

- Confidencialidad
- Respeto a los seres humanos
- Consentimiento libre e informado
- Respeto a sujetos vulnerables

## Confidencialidad

Toda investigación o intervención de los servicios de salud, al realizarse con seres humanos conlleva algún grado de intromisión en la vida privada o intimidad de las personas y el personal debe asegurarse de no invadir más de lo necesario este terreno y de respetar la privacidad del sujeto durante todo el estudio. Tienen derecho a que la información obtenida se mantenga en la más estricta confidencialidad.

## Respeto a los seres humanos

Es inaceptable que a los participantes se les exponga a experiencias que resulten en daños graves o permanentes. Las acciones de salud o investigaciones solo deben ser realizadas por personas calificadas, sobre todo si se emplean equipos, técnicas o procedimientos especiales potencialmente peligrosos.

El personal debe estar preparado para dar por terminada una intervención o investigación en cualquier momento si tiene motivos para sospechar que, de continuar puede llegar a causar alguna lesión, discapacidad, malestar innecesario o la muerte a alguno de los participantes. De igual manera cuando se requiere información el personal de salud, debe evitar infligir daños psicológicos en los sujetes considerando con sumo cuidado la formulación de las preguntas, y dando mayor información. El participar en un estudio no debe situar a las personas en desventaja o exponerlas a situaciones para las que no han sido preparadas explícitamente.

## Consentimiento libre e informado

El personal de salud debe valorar detenidamente los riesgos y beneficios que se desprenden del estudio o la intervención. Esta evaluación debe compartirse con los participantes a fin de que puedan valorar si la participación conviene a sus intereses.

La razón riesgo / beneficio también debe considerarse en función de si los riesgos para los participantes resultan justificables a la luz de los beneficios para la sociedad y el ejercicio profesional, medidos en la forma del conocimiento que la investigación o acción a realizar aporten.

El consentimiento informado implica dar a conocer a los participantes los siguientes aspectos:



BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

- Condiciones del participante
- Objetivo del estudio o intervención
- Tipo de datos
- Naturaleza del compromiso
- Patrocinio
- Selección de los participantes
- Procedimientos
- Riesgos o costo potenciales
- Beneficios potenciales
- Garantía de confidencialidad
- Consentimiento voluntario
- Derecho a retirarse
- Alternativas

Unicamente despues de brindar esta información se puede establecer si existe o no consentimiento informado.

**Respeto a sujetos vulnerables**

Los sujetos vulnerables pueden no ser capaces de proporcionar un consentimiento totalmente informado, o bien ser de alto riesgo frente a efectos colaterales inesperados debido a sus circunstancias específicas.

La investigación o acciones de salud con grupos vulnerables, debe realizarse únicamente cuando el personal de salud haya determinado que la razón riesgo / beneficio es baja ó cuando no es viable otra alternativa.

Los grupos vulnerable son los siguientes:

- Niños
- Ancianos
- Personas con discapacidad mental o emocional
- Personas con discapacidad física
- Personas con enfermedad terminal
- Personas confinadas
- Mujeres embarazadas

## FUENTES DE DATOS

Las fuentes de datos para la vigilancia epidemiológica son aquellas fuentes consideradas en el sector para el reporte al SNIS, así como otras fuentes provenientes de otros sectores que permiten incorporar otros datos y profundizar el análisis. Se establecen como fuentes de datos más importantes:

| SISTEMA | DATOS |
|---|---|
| Instituto Nacional de Estadísticas | Censo de población<br>Datos demográficos<br>Datos socioeconómicos<br>Encuestas de demografía y salud |
| Registro civil | Registro de nacimientos<br>Registro de defunciones |
| Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología | Meteorología<br>Sismología |
| Sistema Nacional de Información en Salud SNIS | **Subsistema de información estructural:**<br>Establecimientos de salud<br>Red de servicios<br>Recursos humanos<br>Población general, por grupos de edad y sexo<br>**Subsistema de producción y eventos de salud:**<br>Producción de servicios de consulta externa<br>Producción de servicios de internación<br>Producción de servicios de laboratorio<br>**Subsistema de vigilancia epidemiológica:**<br>Reporte de enfermedades de notificación inmediata<br>Notificación semanal de enfermedades<br>Informe mensual de laboratorios<br>Reporte de centros centinela<br>Reporte de investigaciones<br>**Subsistema de vigilancia de la mortalidad:**<br>Reporte de mortalidad materna e infantil (notificación semanal)<br>Reporte de mortalidad (notificación semanal)<br>Reporte de mortalidad por causas (CIE-10)<br>Reporte de centros centinela<br>Reporte de investigaciones<br>**Subsistema de laboratorios**<br>Reporte de Producción<br>Reporte de vigilancia epidemiológica laboratorial |

## ENFERMEDADES SUJETAS A NOTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes, ha seleccionado un grupo de enfermedades que están sujetas a notificación obligatoria. Esta selección se ha realizado en base a las normas internacionales, que permiten priorizar las enfermedades en base a los siguientes criterios:

- Magnitud: Tienen alta incidencia o prevalencia.
- Trascendencia: Tienen importante letalidad y/o repercusión social y económica.
- Vulnerabilidad: Pueden modificarse a través de intervenciones de los servicios de salud.
- Costo: Tienen costo para los servicios de salud y la sociedad en su conjunto.
- Vigilancia Internacional: Están sujetas a reglamentos sanitarios internacionales

La notificación epidemiológica se realiza en base al reporte de un caso sospechoso de una patología bajo vigilancia. El proceso de notificación forma parte importante de la vigilancia epidemiológica y se realiza por el personal de salud a un nivel inmediato superior.

La notificación debe realizarse en forma inmediata o semanal, en dependencia del potencial epidémico de las enfermedades y las condiciones de control que requieran. Así mismo, se debe tomar en cuenta su inclusión en el sistema internacional de información para la vigilancia de enfermedades en erradicación o eliminación. Se notifica todo caso sospechoso de enfermedad transmisible o daño que por su interés social es sujeto de vigilancia y control.

Son responsables de la notificación, todo el personal de salud de los establecimientos pertenecientes a los subsectores: público, seguros sociales, iglesias, ONGs y privados, en los distintos niveles de atención, de acuerdo a las funciones establecidas.

La notificación se realiza estableciendo un flujo continuo de comunicación entre los distintos niveles que conforman el sistema de salud, para ello se debe utilizar:

- Instrumentos de registro (historia clínica, fichas epidemiológicas, cuadernos de consulta externa, hospitalización, formularios, otros)
- Normas y procedimientos de notificación.
- Medios de transmisión de información (radiocomunicación, fax, teléfono, modem)

Las diferentes enfermedades seleccionadas se clasifican de acuerdo al tipo y periodicidad de su notificación inmediata y semanal.

## 1. Enfermedades y eventos de notificación inmediata

Las enfermedades y eventos de notificación inmediata, constituyen enfermedades o daños con alto potencial epidémico, que están sujetas a vigilancia internacional o que requieren de actividades de control epidemiológico rápido. En este grupo de enfermedades o daños se pueden incluir aquellas que no tienen antecedentes de presencia en el país y pueden resultar de riesgo epidémico, ó que si bien se tiene registro de casos, su aparición no es frecuente.

Todo caso sospechoso de estas enfermedades o daños debe ser notificado inmediatamente (antes de 24 horas) a los niveles superiores establecidos en el sistema. Una cifra acumulada de estos casos se reporta en forma semanal.

Además de las enfermedades seleccionadas, todo evento agudo o brote debe ser comunicado bajo el mismo procedimiento, para completar posteriormete la información de acuerdo a normas.

## 2. Enfermedades de notificación semanal

Son patologías o condiciones no incluidas en la categoría anterior, debido a que por su potencial epidémico o carácter endémico, no requieren de una notificación inmediata ya que

no se realizan actividades especiales de control epidemiológico rápido, permitiendo obtener información que contribuya en la adecuación de los servicios de salud para el enfrentamiento apropiado durante fases epidémicas.

| NOTIFICACIÓN INMEDIATA | NOTIFICACIÓN SEMANAL |
|---|---|
| Sarampión / rubeóla | Todas las anteriores más: |
| Tos ferina | Tétanos neonatal |
| Difteria | Tétanos del adulto |
| Parálisis flácida aguda | Hepatitis |
| Fiebre amarilla | Parotiditis |
| Dengue hemorrágico | Mujer con úlcera genital |
| Dengue clasico | Hombre con úlcera genital |
| Fiebre hemorrágica Boliviana | Hombre con flujo uretral |
| Peste | SIDA* |
| Meningitis meningocócica | Enfermedad diarreica aguda |
| Cólera | Infección respiratoria aguda sin neumonía |
| Enfermedad por Hanta virus | Neumonía |
| Rabia humana | Malaria |
| No. personas mordidas por animal sospechoso de rabia | Leishmaniasis |
| | Sintomático respiratorio |
| | Meningitis TB en menor de 5 años* |
| | Tuberculosis pulmonar BAAR+ nuevos* |
| | Tuberculosis pulmonar BAAR – nuevos* |
| | Tuberculosis extrapulmonar |
| | Fracaso terapeútico |
| | Lepra* |
| | Violencia intrafamiliar |
| | Estado nutricional |
| | Hemorragia de la primera mitad del embarazo (<22 semanas) |
| | Hemorragia parto o puerperio |
| | Embarazo adolescente (<20 años) |
| | Preeclampsia severa / eclampsia |
| | Intoxicaciones por plaguicidas |

* Casos confirmados

## FUENTES DE NOTIFICACIÓN

Todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud, pertenecientes al subsector público, los seguros sociales, iglesias y organizaciones no gubernamentales, se constituyen en fuentes fundamentales de notificación, los mismos están organizados en espacios geográficos de acuerdo a capacidad resolutiva, constituyendo las Redes de Servicios de Salud.

Toda red local de notificación establecida en un municipio o mancomunidad de Municipios está coordinada por la Gerencia de Red correspondiente. Las funciones a realizar para el subsistema de vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud y niveles gerenciales son los siguientes:

### Puestos de Salud:

- Reciben notificación sintomática de la comunidad o demanda espontánea de la población, verifican e incorporan el dato en su reporte inmediato /semanal.

- Si es enfermedad de notificación inmediata, utilizan el medio disponible más rápido para la notificación al nivel inmediatamente superior (Gerencia de Red) e inician la investigación con la ficha epidemiológica.
- Realizan toma de muestras y envio al laboratorio de referencia.
- Toman medidas de control con participación comunitaria, solicitan apoyo al nivel inmediato superior para la dotación de insumos y otras necesidades.
- Realizan análisis de la información con participación comunitaria, para comunicar sobre los problemas detectados y las acciones realizadas.

**Centros de Salud:**

- Reciben notificación sintomática de la comunidad o demanda espontánea de la población, verifican síntomas e incorporan el dato en su reporte inmediato /semanal.
- Atienden por demanda espontánea y diagnostican casos por sospecha clínica, incorporan en su notificación inmediata /semanal.
- Si es enfermedad de notificación inmediata, utilizan el medio disponible más rápido para la notificación al nivel inmediatamente superior (Gerencia de Red).
- Realizan la investigación epidemiológica preliminar de casos sospechosos de enfermedades que lo requieren (ficha epidemiológica), incluyendo la adecuada toma de muestras para examen laboratorial.
- Toman medidas de control con participación comunitaria.
- Realizan análisis de la información con participación del personal y participación comunitaria para comunicar sobre los problemas detectados y las acciones realizadas.

**Hospitales de Segundo y Tercer Nivel:**

- Notifican inmediata /semanalmente casos sospechosos objeto de notificación obligatoria, detectados en los servicios de su dependencia, por el medio más rápido.
- Realizan la investigación epidemiológica preliminar de casos sospechosos de enfermedades que lo requieran (ficha epidemiológica), incluyendo la adecuada toma de muestras para examen laboratorial.
- De acuerdo a capacidad resolutiva confirman en laboratorio los casos sospechosos notificados o refieren a otro laboratorio de acuerdo a lo establecido en la red.
- Toman medidas de control, eventualmente con apoyo de la Gerencia de Red.
- Realizan análisis de la información del ámbito del establecimiento.
- Participan en las reuniones de análisis de la situación de salud convocados por la Gerencia de Red.

**Gerencias de Red:**

- Reciben notificación inmediata /semanal de casos sospechosos atendidos en los establecimientos de salud
- Transmiten información inmediata /semanal al SNIS-SEDES.
- Brindan apoyo a los establecimientos de la red para realizar la investigación epidemiológica de casos sospechosos de enfermedades que lo requieran.

- Recomiendan y apoyan la implementación de medidas de control.
- Realizan procesamiento, control de calidad, análisis y comunicación de la información.
- Organizan y dirigen las reuniones de análisis de la situación de salud.
- Supervisan los establecimientos notificantes y coordinan con la red de laboratorios.
- Monitorean y evalúan las medidas de control aplicadas.
- Organizan y desarrollan programas de capacitación continua.

**SNIS-SEDES:**

- Reciben notificación inmediata /semanal de casos sospechosos.
- Transmiten información inmediata /semanal al nivel nacional.
- Brindan información inmediata a los programas del SEDES para el inicio de acciones de control.
- Reciben información de los programas, sobre la implementación de medidas de control.
- Realizan procesamiento, control de calidad, análisis y retroalimentación de la información.
- Organizan y dirigen las reuniones de análisis de situación de salud con participación de las Gerencias de Red.
- Supervisan las Gerencias de Red y establecimientos de mayor complejidad (Hospitales y laboratorios).
- Organizan y desarrollan programas de capacitación continua.
- Adecuan normas nacionales y elaboran normas regionales para el manejo del subsistema.

**SNIS Nacional:**

- Recibe información inmediata /semanal de los SEDES y mantiene comunicación permanente.
- Realiza el seguimiento de casos notificados por vía rápida y brinda información permanente a los programas.
- Realiza el control de calidad, análisis de la información semanal y retroalimentación a los programas y SEDES.
- Realiza el análisis de las enfermedades endémicas de interés para las regiones y retroalimenta a los SEDES.
- Elabora informes generales y particulares.
- Elabora y difunde boletines con la información de vigilancia epidemiológica.
- Organiza y dirige las reuniones de análisis de situación de salud a nivel nacional
- Supervisa el SNIS a nivel del SEDES.
- Monitorea y evalúa el subsistema de vigilancia epidemiológica.
- Elabora y difunde normas y procedimientos para el subsistema de vigilancia epidemiológica.
- Coordina con los Programas a nivel nacional.
- Informa a los organismos y países sobre los casos sujetos a vigilancia internacional.

## INSTRUMENTOS

Los instrumentos para la vigilancia epidemiológica son los siguientes:

- Historia clínica
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de consulta externa
- Cuaderno de emergencias
- Cuaderno de internación
- Formulario de notificación semanal SNIS - 302
- Formulario de laboratorio SNIS - 303

Tanto la historia clínica como los cuadernos de consulta externa, emergencias e internaciones, son de uso regular en los establecimientos, se utilizan en el contacto directo con el paciente, solamente la ficha de vigilancia epidemiológica y formulario de notificación semanal son específicos para el subsistema de vigilancia epidemiológica (anexos).

Los casos sospechosos de todas las enfermedades sujetas a notificación inmediata, deben ser investigados de acuerdo a las normativas específicas para cada enfermedad, tomando en consideración las definiciones de caso y siguiendo el formato de la ficha epidemiológica. Toda investigación debe ser iniciada por el establecimiento de salud que identificó el caso, con el apoyo de la Gerencia de Red y en caso necesario con apoyo del Programa del SEDES correspondiente.

La fichas epidemiológicas diseñadas por lo programas de acuerdo a las necesidades de investigación y control en cada una de las patologías objeto de vigilancia son las siguientes.

1.- Ficha epidemiológica de sarampión / rubéola
2.- Ficha epidemiológica de tos ferina
3.- Ficha epidemiológica de difteria
4.- Ficha epidemiológica de parálisis flácida aguda
5.- Ficha epidemiológica de fiebre amarilla
6.- Ficha epidemiológica de dengue
7.- Ficha epidemiológica de Hanta virus
8.- Ficha epidemiológica de fiebre hemorrágica boliviana
9.- Ficha epidemiológica de peste
10.- Ficha epidemiológica de meningitis bacteriana
11.- Ficha epidemiológica de cólera
12.- Ficha epidemiológica de rabia humana
13.- Ficha epidemiológica de tétanos neonatal
14.- Ficha epidemiológica de hepatitis viral
15.- Ficha epidemiológica de VIH/SIDA
16.- Ficha epidemiológica de leishmaniasis
17.- Ficha epidemiológica de tuberculosis
18.- Ficha epidemiológica de lepra
19.- Ficha epidemiológica de intoxicación aguda por plaguicidas

Los modelos oficiales de los formularios y fichas se incluyen en anexos.

## PROCEDIMIENTOS

### 1. Definición

El formulario de notificación SNIS - 302 es un instrumento de consolidación semanal, destinado al acopio de información referente a la vigilancia epidemiológica.

### 2. Contenido y metodología de llenado

Este formulario contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, tiene carácter de declaración jurada, por esta razón debe ser certificada en su veracidad por el médico director del establecimiento.

Para el llenado debe tomarse en cuenta la siguiente norma:

Se debe utilizar 1 formulario por semana epidemiológica. Para saber en que semana epidemiológica se encuentra se debe consultar el calendario epidemiológico ubicado en la parte inferior del instructivo del formulario.

> **Semana epidemiológica**: Se entiende por semana epidemiológica al lapso de tiempo transcurrido entre las 0.00 horas del domingo hasta las 24.00 del sábado siguiente. El periodo de una gestión de 12 meses corresponde a 52 semanas epidemiológicas (eventualmente 53), las cuales están a disposición en el reverso de cada formulario.

**Modo de registro:** De acuerdo a la revisión del calendario, el día y fecha de la consulta debe relacionarse a una de las semanas epidemiológicas del año, para ello se debe tener disponible el calendario epidemiológico correspondiente al año.

Luego el registro considera los siguientes aspectos:

**SEDES:** Servicio Departamental de Salud, unidad descentralizada de la Prefectura, cuya jurisdicción para su accionar en políticas y programas de Salud esta establecida en un Departamento, en correspondencia a los 9 departamentos del país.

**Modo de Registro:** Anotar literalmente el nombre del SEDES: Ej.

SEDES Santa Cruz
SEDES Cochabamab

**Red de Salud:** Unidad de gestión técnico administrativa, de una red de servicios de salud en una extensión territorial determinada, que puede abarcar a un municipio o una mancomunidad de municipios.

**Modo de Registro:** Anotar literalmente el nombre de la Red, Ej.

**Red de Salud Entre Rios**
**Red de Salud Betanzos**

**Municipio:** Jurisdicción territorial con autoridad propia, es parte cogestionaria de los Directorios Locales de Salud, con responsabilidad específica en salud para asignación de recursos financieros de acuerdo a programación anual operativa y mantenimiento de infraestructura.

**Modo de Registro:** Anotar literalmente el nombre del municipio.

Ej.

Municipio - El Alto
Municipio - Bermejo

**Establecimiento:** Es la unidad básica de prestación de servicios en Salud, dependiendo de los niveles de atención, que en el país son:

- **Primer nivel** ( Puestos y Centros de salud ).
- **Segundo Nivel** ( Hospitales Básicos).
- **Tercer Nivel** ( Hospitales generales, especializados e institutos)

**Modo de Registro:** Anotar el nombre del establecimiento.

Ej.

Puesto de Salud Cairoma
Centro de Salud Entre Ríos
Hospital Básico Magdalena
Hospital de Clínicas
Hospital de la Mujer
Instituto Nacional de Salud Ocupacional.

**Año:** Se refiere al periodo de la gestión de 12 meses, tiempo durante el cual el establecimiento y el personal de salud prestan sus servicios a la comunidad.

**Modo de Registro:**

2004
2005

**Subsector A, B, C, D, E, F**

Considera los subsectores que conforman el sistema Nacional de Salud.

**Modo de Registro:** Encierre en un círculo el subsector correspondiente.

A = Subsector Público
B = Seguros Sociales
C = ONG
D = Iglesias
E = Privado
F = Fuerzas Armadas

Para el registro de enfermedades de notificación inmediata y semanal se debe considerar:

**Sospecha Diagnóstica:** Valoración clínico epidemiológica del médico o personal de salud, al usuario del establecimiento, que adolece de alguna dolencia orgánica, mental o psicológica, basada exclusivamente en el examen general (signos y síntomas), o nexo epidemiológico, que requieren una confirmación por laboratorio.

De acuerdo a la sospecha diagnóstica se procederá al registro de enfermedades de notificación inmediata y semanal:

**Registro de enfermedades de notificación inmediata**

El primer bloque denominado REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA, es una alerta al personal para el inicio de acciones de control y notificación inmediata:

**Enfermedades de notificación inmediata:** Son aquellas enfermedades priorizadas por su potencial epidémico, cuya sospecha diagnóstica por criterio clínico epidemiológico, inicia inmediatamente acciones de prevención y control en el ámbito del establecimiento y a través de la notificación desencadena la alerta y acciones correspondientes en todo el sistema de salud.

Se han priorizado las siguientes enfermedades y eventos para la notificación inmediata, por grupos de edad:

| NO. | SOSPECHA DIAGNÓSTICA | MENOR DE 1 AÑO | 1 - 4 | 5-14 | 15-59 | 60 Y MÁS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1..- | Sarampión /rubeola | | | | | |
| 2.- | Tos ferina | | | | | |
| 3.- | Difteria | | | | | |
| 4.- | Parálisis flácida aguda | | | | | |
| 5.- | Fiebre amarilla | | | | | |
| 6.- | Dengue hemorrágico | | | | | |
| 7.- | Dengue clasico | | | | | |
| 8.- | Fiebre hemorrágica boliviana | | | | | |
| 9.- | Peste | | | | | |
| 10.- | Meningitis meningocócica | | | | | |
| 11.- | Cólera | | | | | |
| 12.- | Enfermedad por Hanta virus | | | | | |
| 13.- | Rabia humana | | | | | |
| 14.- | No. de personas mordidas por animal sospechoso de rabia | | | | | |

**Modo de registro:**

a) Todo caso de sospecha clínico epidemiológica, de acuerdo a la definición de caso, debe ser registrado en la historia clínica, y cuaderno de consulta, emergencias o internaciones (solo se registran los casos nuevos).
b) Inmediatamente se debe realizar la notificación al nivel superior (Gerencia de Red). Todos los establecimientos deben llenar el cuaderno de casos de vigilancia de denuncia inmediata y solicitar comunicación urgente con la Gerencia de Red y/o el SEDES, denunciar el caso y solicitar apoyo para realizar la investigación y control el brote, independientemente de las acciones de control locales.
c) La notificación es responsabilidad del auxiliar de enfermería en los puestos de salud y del médico en los centros de salud, en los hospitales de II y III nivel el médico tratante debe comunicar de inmediato al estadístico del establecimiento, para la notificación a la gerencia de red correspondiente y/o SEDES.
d) Los responsables de la atención deben tomar y enviar la muestra y llenar la ficha epidemiológica correspondiente, para el trabajo conjunto con apoyo de la gerencia de red.
e) El registro se realiza en la semana epidemiológica correspondiente y debe incluir todos los casos notificados por vía rápida.

**Registro de enfermedades de notificación semanal**

El segundo bloque denominado registro de enfermedades de notificación semanal, considera:

**Enfermedades de notificación semanal:** Son aquellas enfermedades o eventos, cuya notificación se realiza semanalmente, las acciones de control corresponden al ámbito del establecimiento y son objeto de monitoreo en los niveles superiores, para el control regular.

Las enfermedades y eventos seleccionados en este bloque, por grupos de edad, son los siguientes:

| | |
|---|---|
| Inmunoprevenibles | Tétanos neonatal<br>Tétanos del adulto<br>Hepatitis<br>Parotiditis |
| Infecciones de transmisión sexual | Mujer con úlcera genital<br>Hombre con úlcera genital<br>Hombre con flujo uretral (uretritis) |
| Otras infecciones | SIDA*<br>Enfermedad diarreica aguda<br>IRA sin neumonía<br>Neumonía<br>Malaria<br>Leishmaniasis |
| Tuberculosis y lepra | Sintomático respiratorio |

| | |
|---|---|
| | Meningitis TB en menores de 5 años*<br>Tuberculosis pulmonar BAAR+ nuevos*<br>Tuberculosis pulmonar BAAR – nuevos*<br>Tuberculosis extrapulmonar*<br>Fracaso terapéutico<br>Lepra* |
| Violencia intrafamiliar | Hombres<br>Mujeres |
| Estado nutricional<br>(menores de 2 años y de 2 a 4 años) | Sobrepeso (S)<br>Nutrición normal (N)<br>Desnutrición leve (L)<br>Desnutrición moderada (M)<br>Desnutrición grave (G) |
| Salud sexual y reproductiva | Hemorragia de la primera mitad del embarazo (< 22 semanas)<br>Hemorragia del parto o puerperio<br>Embarazo en adolescente (menor de 20 años)<br>Preeclampsia severa/eclampsia |
| Intoxicaciones | Plaguicidas |

* Casos confirmados

**Modo de registro:**

En este bloque se encuentran las enfermedades infecciosas: inmunoprevenibles, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y otras infecciones.

El formulario debe ser llenado semanalmente por la enfermera (jefa o su equivalente) en los centros de salud y hospitales básicos, la auxiliar de enfermería en los puestos de salud y el estadístico en los hospitales de tercer nivel. Estos datos se llenan a partir de los cuadernos de sistematización de consulta externa, emergencias e internación. Se debe anotar el total semanal en la casilla correspondiente cada grupo etáreo (solo se registran los casos nuevos).

De igual manera este bloque incorpora las enfermedades no infecciosas, donde se encuentra violencia intrafamiliar, estado nutricional, salud sexual y reproductiva e intoxicaciones, debe ser llenado semanalmente por la enfermera jefa en los centros de salud y hospitales básicos, la auxiliar de enfermería en los puestos de salud y el estadístico en los hospitales de tercer nivel. Estos datos se llenan a partir de siguientes cuadernos de sistematización:

**Violencia intrafamiliar** se llena a partir del cuaderno de emergencias, consulta externa y hospitalización.

**Estado nutricional** se llena a partir del cuaderno de nutrición y desarrollo infantil. Se registran caso nuevos y repetidos.

**Salud sexual y reproductiva** se llena a partir del cuaderno de prenatal, parto y puerperio

**Intoxicaciones** se llena a partir del cuaderno de emergencias, internación y consulta externa

## Registro de mortalidad

El bloque de mortalidad donde de encuentran las variables de mortalidad institucional, (muertes ocurridas en el servicio antes y después de las 48 horas de internación), debe ser llenado semanalmente por la enfermera jefa en los centros de salud y hospitales básicos, la auxiliar de enfermería en los puestos de salud y el estadístico en los hospitales de tercer nivel.

## Modo de registro:

**Muerte Materna** se llena a partir del cuaderno de prenatal, parto y puerperio y/o del certificado médico único de defunción.

**Muerte RN menor de 7 días** se llena a partir del cuaderno de prenatal, parto y puerperio, internaciones y/o del certificado médico único de defunción.

**Muerte menor de 1 año** se llena a partir del cuaderno de emergencias, internaciones y/o del certificado médico único de defunción. En estas muertes se incluyen nuevamente para el registro, las muertes de menores de 7 días.

**Muerte menor de 5 años por diarrea, Muerte menor de 5 años por neumonía , Muerte menor de 5 años por otras causas**; se llena a partir del cuaderno de emergencias, internaciones y/o del certificado médico único de defunción. En estas muertes se incluyen nuevamente para el registro, las muertes de menores de 7 días y muertes de menores de 1 año.

**Otras muertes en personas mayores de 5 años** se llena a partir del cuaderno de emergencias, internaciones y/o del certificado único médico de defunción.

## 3. Periodicidad y acopio

Este formulario se divide en dos partes; la primera considera las enfermedades de notificación inmediata, cuya presentación, desencadena una serie de acciones que son responsabilidad inmediata del servicio; y las enfermedades de notificación semanal. Ambos bloques se llenan semanalmente a partir de los cuadernos de consulta externa, emergencias o internaciones, independientemente de las acciones de control epidemiológico que son inmediatas o semanales, según la enfermedad detectada y las normas de cada programa.

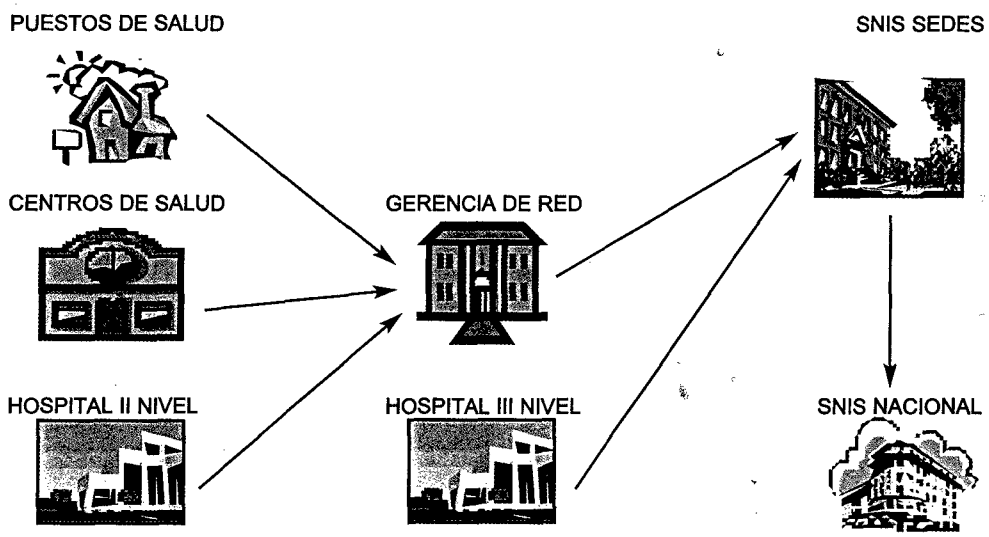
Una copia del formulario debe quedar en el establecimiento de salud, el original se envía a la Gerencia de Red y la segunda copia debe llegar hasta el SEDES.

Los formularios correspondientes a las semanas epidemiológicas de cada mes, deben ser enviados por los establecimientos a la Gerencia de Red, entre el tercer y el quinto día de cada mes. Los hospitales de tercer nivel deben enviar el formulario a la Gerencia de Red o

SEDES correspondiente en el mismo plazo. En la Gerencia de Red, se debe consolidar electrónicamente la información, emitir reportes para revisar, analizar y tomar acciones con la información procesada y enviar el consolidado electrónico al SEDES respectivo. En el SEDES el procedimiento es similar, se consolida, se analiza y se envía al nivel central.

## FLUJOS DE INFORMACIÓN

Todo proceso de notificación se inicia a partir del reconocimiento de que el caso requiere ser notificado, debiendo ser clasificado en notificación inmediata y notificación semanal. En ambas situaciones se realiza el registro y se envía la comunicación a los niveles establecidos:




Al final de este proceso, la ficha epidemiológica deberá ser archivada para su seguimiento tanto a nivel del establecimiento como en la Gerencia de Red y el Programa corresponiente.

Para la notificación semanal se debe proceder a la investigación epidemiológica respectiva de acuerdo a normas de cada programa, para luego seguir el mismo proceso que en el caso anterior.

## ANÁLISIS

Los datos recolectados y ordenados de acuerdo a tiempo, persona y lugar, se deben consolidar y mostrar en tablas, gráficos y mapas con la disposición que facilite una visión global del evento, permitiendo una evaluación de acuerdo a variables causales que deben ser comparadas con otros períodos, mediante el uso de indicadores epidemiológicos.

Este análisis se debe realizar en forma periódica en todos los niveles del sistema de salud, identificando las áreas y grupos poblacionales expuestos a mayor riesgo.

El análisis y retroalimentación en el Sistema Nacional de Información en Salud, además de los reportes se basa en reuniones periódicas que permiten el Análisis de la Situación de Salud (ASIS). Cuanto más oportuno es el análisis, más eficiente será el sistema de vigilancia.

La devolución de la información analizada desde lo más específico a lo más complejo, es fundamental para asegurar la credibilidad y funcionalidad del sistema, toda vez que las personas informantes deben ser mantenidas informadas. Además, con la retroalimentación se obtienen los justificativos para reformular los programas en sus diferentes niveles. Esta función debe ser estimulada desde el nivel local, gerencia de red, departamental y nacional, para que la información sea útil y cumpla el objetivo deseado.

La información nos servirá para efectuar intervenciones y control, eliminación o erradicación de enfermedades, disminución de la mortalidad, o disminución de secuelas.

Después del análisis, la información debe difundirse inmediatamente para adoptar las medidas de prevención y control más pertinentes para cada situación, y esto debe realizarse en el niveles más próximos de ocurrencia del problema para que la intervención sea más oportuna, y, por tanto, más eficaz.

Se pueden elaborar y repartir considerando los siguientes tipos de procedimientos:

- Canal endémico
- Gráfico epidemiológico
- Mapa epidemiológico

**Canal endémico:**

El canal endémico muestra el nivel de comportamiento que presenta cada enfermedad para el periodo de un año y tiene valor predictivo.

Este resumen debe presentar como información básica: número de casos en el período, número de casos acumulados y el canal endémico para cada enfermedad reportada.

Para la construcción de un canal endémico o índice epidémico se procede de la siguiente forma:

- Se obtiene la serie cronológica de una enfermedad, en un período entre cinco y siete años.
- Se ordenan los datos por meses, se obtiene la mediana y el primer y tercer cuartil de la serie.
- Con la gráfica de estas líneas se obtendrán cuatro zonas: una zona de éxito (por debajo de la línea mínima), una zona de seguridad (entre la línea mínima y la mediana), una zona de alerta o alarma (entre la línea mediana y la superior) y una zona de epidemia (por fuera de la línea superior).

Los canales endémicos son elaborados en Gerencias de Red, SEDES y a nivel nacional.

**Gráficos epidemiológicos:**

Los gráficos epidemiológicos permiten visualizar las diferentes variables que se consideren respecto a una enfermedad, por ejemplo se puede graficar la presentación de casos por semana epidemiológica, meses, años, grupos de edad, sexo, etc. Se elaboran a partir de los establecimientos de salud.

**Mapas epidemiológicos:**

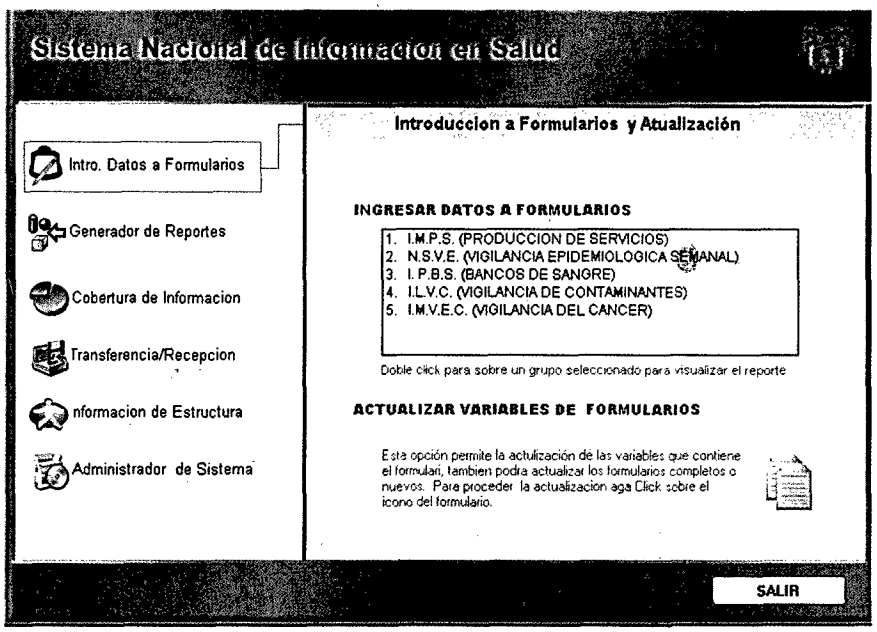
Los mapas epidemiológicos permiten establecer y visualizar las localidades y zonas donde se presentan casos, permiten delimitar áreas según clasificación de riesgo, y pueden agregar otras variables relacionadas con la presentación y distribución de casos. Se elaboran de acuerdo a necesidades a partir de los establecimientos de salud.

## PROGRAMA AUTOMATIZADO DE DATOS

El software es un conjunto de programas automatizados, establecido para el procesamiento de la información desarrollada por el Sistema Nacional de Información en Salud, el mismo está diseñado para su aplicación en los Servicios Departamentales de Salud, Gerencias de Red y establecimientos que tengan acceso a los equipos necesarios.

**Módulo de introducción de datos a formularios**: Este módulo permite:

- Introducción y eliminación de nuevas variables de los formularios electrónicos.
- Personalización de formularios electrónicos

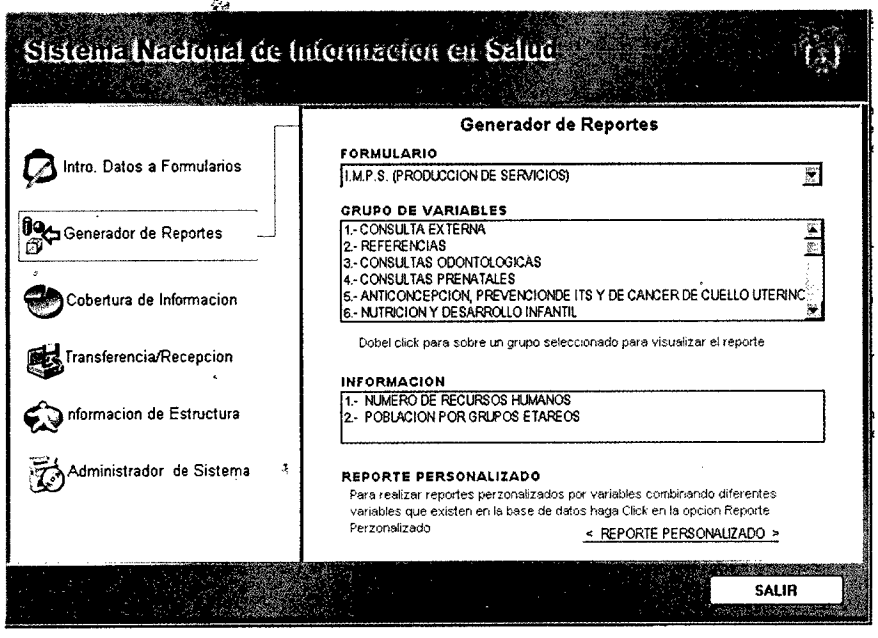


Estos cambios se realizan sin tener que instalar un nuevo software a nivel nacional.

**Módulo generador de reportes:**

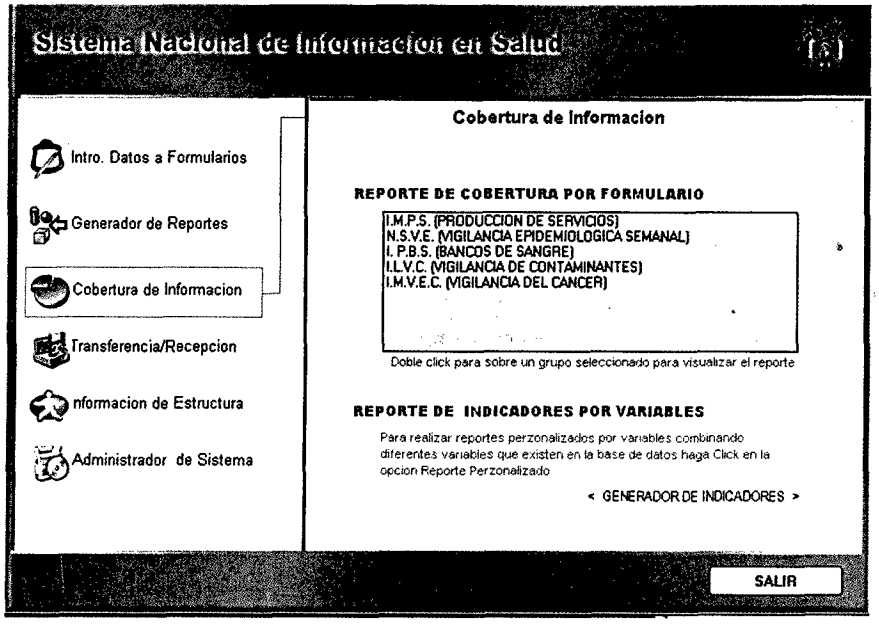
- Permite generar reportes por grupos de variables de cada formulario.
- Permite la generación de reportes de datos de cada establecimiento (recursos humanos y población).
- Cuenta con un módulo de reporte personalizado que permite la selección y combinación de variables almacenadas en el sistema.

Estos reportes son interactivos en el excel y permiten guardar los mismos en disquetes.



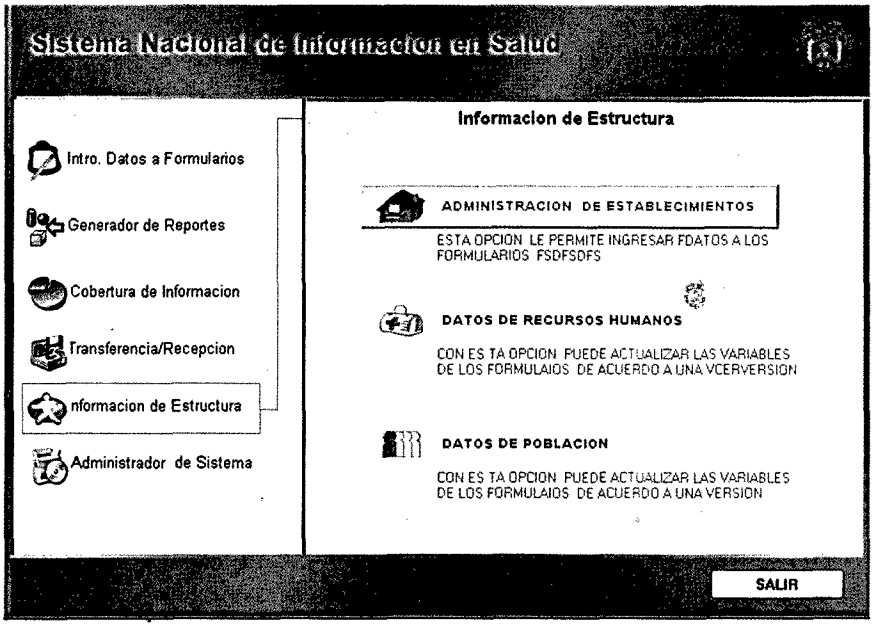

**Módulo cobertura de Información:** Este módulo es generada por cada formulario que informa un establecimiento:

- Permite establecer la cobertura de información para cada uno de los formularios del SNIS.
- Permite la discriminar de la cobertura los establecimiento cerrados, en vacaciones y acefalías.
- Brinda una cobertura detallada por cada establecimiento.
- Cuenta con un módulo generador de indicadores que permite realizar la selección de numeradores y denominadores, de las variables que contempla el sistema.
- La generación de indicadores es interactiva y permiten guardar los mismos en disquete para un posterior análisis.




**Módulo información de estructura:** Se genera por cada establecimiento (se encuentra en construcción).

- Permite obtener una bitácora de datos (número de camas, tipo, etc) de cada establecimiento y los formulario que informa.
- Cuenta con módulos que permiten la introducción de datos de recursos humanos por cada establecimiento.
- Cuenta con un módulo que permite la introducción de datos de población objetivo por cada departamento.

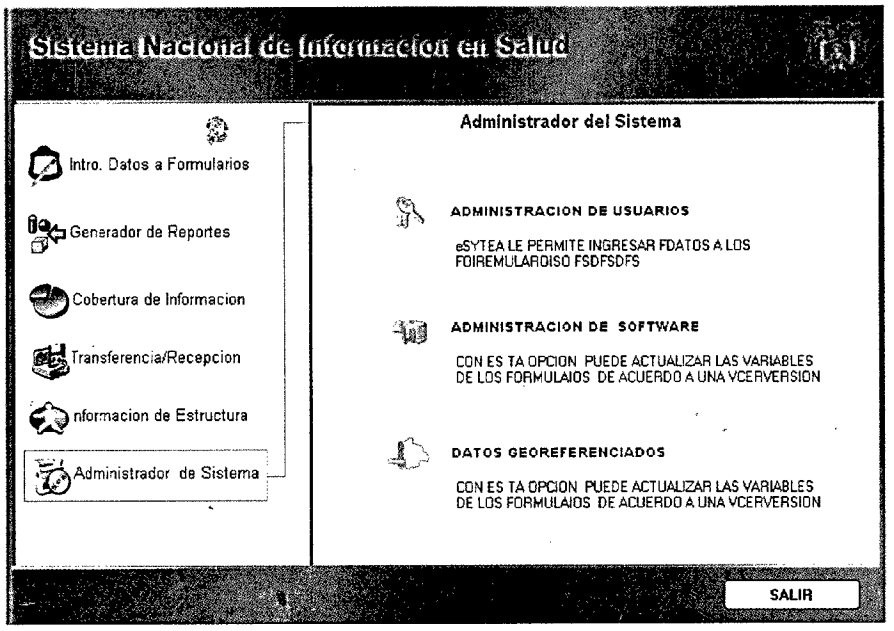





BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

## Módulo de administración del sistema:

- Permite brindar claves y niveles de acceso a cada usuario del software
- Permite generar copias de seguridad (back up) de la base de datos
- Cuenta con un módulo de datos geo referenciados que permiten realizar análisis de la información almacenada en el sistema a través de vistas geo referenciadas (mapas).



# II. ENFERMEDADES Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA

# CÓLERA

## DEFINICIÓN

Infección aguda producida por el *Vibrio cholerae* que afecta todo el intestino delgado, caracterizada por diarrea acuosa, profusa, vómitos, calambres musculares, deshidratación, oliguria y colapso. Se trasmite por la ingesta de alimentos o agua contaminada por el agente. Su período de incubación es de 6 horas a 5 días dependiendo de la carga bacteriana ingerida y la susceptibilidad del paciente.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas son variables, pudiéndose presentar como infección asintomática (80% de los casos), como diarrea indistinguible a otras diarreas (15%) o con las manifestaciones clásicas del cólera (5%).

En los casos clásicos se caracteriza por diarrea acuosa que a medida que va aumentando adquiere aspecto de agua de arroz con grumos de moco y sin olor. El paciente se deshidrata rápidamente y presenta vómitos y calambres musculares. La fiebre es rara en los adultos.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Persona que presente diarrea de inicio súbito y/o vómitos de severidad variable y que habite o provenga de áreas con circulación del *V. Cholerae,* o haya estado en contacto con persona procedente de área endémica o epidémica.

**Caso confirmado:** Persona que presente un cuadro clínico conpatible con cólera confirmado por laboratorio y/o nexo epidemiológico, con diarrea, deshidratación y/o vómitos y/o calambres, que en los cinco días previos al inicio de sus síntomas, hubiera estado o resida en un área donde se confirma circulación de *V. Cholerae* (área epidémica o endémica), haya tenido contacto con un caso de cólera, o sea *V. Cholerae* positivo por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

La muestra es de heces fecales, se recolecta con hisopo rectal e inmediatamente se coloca en el medio de transporte de Carry Blair o agua peptonada alcalina, se debe rotular adecuadamente y enviar inmediatamente al laboratorio nominado para este efecto, toda muestra sobrante debe ser incinerada. El Carry Blair debe llegar a laboratorio antes de los 5 días.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación inmediata obligatoria, por el medio más rápido posible al nivel inmediato superior, se registra en la historia clínica, cuaderno de consulta externa y semanalmente en el formulario SNIS - 302 para su envío posterior.

Todo caso de sospecha debe ser documentado utilizando la ficha epidemiológica establecida, cuyas copias deberán ser enviadas a la Gerencia de Red.

Para apoyar el control, en el área con posibilidades de presentación de casos de cólera, se realiza el monitorio semanal de casos de diarrea en menores y mayores de cinco años.

Se recomienda el mapeo de casos ante un incremento en la notificación.

**b) Paciente**

El paciente debe recibir tratamiento para corregir rápidamente la hipovolemia y la acidosis metabólica. En caso de deshidratación severa administrar Ringer Lactato 100 ml/kg/peso tan rápido como sea necesario hasta 3 o 4 horas, evaluar y continuar Ringer Lactato 50 ml/kg/peso según necesidad o pasar a SRO. Se recomienda el aislamiento.

Se deben tomar muestras de heces para su investigación en laboratorio y administrarse tratamiento antibiótico con doxiciclina 300 mg/dósis única o trimetropin-sufametoxazol 25/5 mg/kg en dósis día.

**c) Contactos**

Debe realizarse una investigación epidemiológica para detectar la posible fuente de infección.

Los miembros del grupo familiar deben recibir quimioprofilaxis con doxiciclina (300 mg dosis única en adultos y 6 mg/kg dosis única en niños mayores de 9 años)

Provisión de SRO a la comunidad afectada.

**d) Ambiente**

La vivienda del paciente debe ser visitada por trabajadores sanitarios para recomendar la desinfección de los artículos y ropa de cama utilizadas por el paciente.

Debe recomendarse la aplicación de cloro al agua para beber y la higiene de manos y alimentos.

# DENGUE

## DEFINICIÓN

Enfermedad producida por virus (*flavivirus*), transmitida al hombre por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti,* caracterizada por inicio súbito de fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y dolor retroorbital.

El período de incubación es de 3 a 15 días, más comúnmente 5 a 6 días. El enfermo es infectante para los mosquitos desde el día anterior al inicio de los síntomas hasta el quinto día.

La enfermedad confiere inmunidad definitiva para cada uno del los serotipos del virus (1, 2, 3 y 4) pero inmunidad parcial y transitoria contra los demás serotipos.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las infecciones pueden ser asintomáticas, con fiebre indiferenciada o dar lugar al dengue clásico y al dengue hemorrágico.

Las manifestaciones del dengue clásico son: fiebre que puede alcanzar hasta 40 grados, cefaleas, dolor retroorbital, mialgias, artralgias y erupción cutánea maculopapular generalizada. Los síntomas duran de 3 a 4 días y desaparecen espontáneamente si no se presentan complicaciones hemorrágicas.

Las manifestaciones del dengue hemorrágico aparecen después de haberse iniciado la fiebre, generalmente en los casos de reinfección, y pueden incluir la aparición de petequias en todo el cuerpo, sangrado de las encías, epistaxis, sangrado menstrual, hemorragia gástrica, petequias, equimosis, test del torniquete positivo.

Trombocitopenia de 100.000 por mm3 o menos, pérdida de plasma manifestado por hematocrito aumentado o igual a 20% del promedio esperado para la edad y sexo. En los casos graves pueden presentarse síntomas de choque hipovolémico que requiere de transfusiones sanguíneas y hospitalización

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso de dengue clásico:** Paciente con fiebre de 2 a 7 de evolución y que presenta dos ó más de las siguientes manifestaciones clínicas: Cefalea, dolor retro-orbital, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestacion hemorrágica o leucopenia.

**Caso confirmado de dengue:** Caso sospechoso de dengue con serología positiva, identificación viral o nexo epidemiológico con un caso ya confirmado de dengue.

**Caso sospechoso de dengue hemorrágico:** Caso sospechoso de dengue que cumple con uno o mas de los siguientes tres criterios:

- Prueba de torniquete (lazo) positiva o alguna manifestación hemorrágica.

- Algún signo de aumento de la permeabilidad vascular (aumento del hematocrito en 20% o más; derrame de líquido en cabidad; hipoalbuminemia)
- Trombocitopenia (plaquetopenia con recuento igual o menor a 100 000 x $mm^3$)

**Caso confirmado de dengue hemorrágico:** Caso sospechoso de dengue hemorrágico, en el que se verifica el cumplimiento de los tres criterios anteriores y que además se confirma mediante serología positiva, identificación viral o nexo epidemiológico con un caso ya confirmado de dengue.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se debe tomar muestra de sangre (5 ml) en tubo estéril sin anticoagulante, colocar a temperatura ambiente o centrifugar; colectar el suero en otro tubo, rotular, refrigerar y enviar al laboratorio de referencia dentro de las 24 horas subsiguientes para la determinación de títulos de anticuerpos IgG e IgM.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Ante la sospecha de dengue hemorrágico ó clasico se debe realizar notificación inmediata por el medio más rápido al nivel inmediatamente superior, se registra en la historia clínica, el cuaderno de consulta externa, emergencia o internaciones y en el formulario SNIS-302, para su envío posterior.

El personal del establecimiento en ambos casos, debe llenar la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

Debe recibir tratamiento sintomático y ser vigilado para identificar la aparición de síntomas hemorrágicos.

El paciente con manifestaciones hemorrágicas debe ser hospitalizado y se deben aplicar medidas de sostén.

Se recomienda asilar a los pacientes en ambientes protegidos con mosquitero o malla milimétrica para evitar la transmisión a otras personas.

### c) Ambiente

Realizar visitas a las viviendas de los pacientes para identificar y recomendar la eliminación de criaderos del mosquito transmisor, principalmente en los depósitos de agua limpia.

Se recomienda la fumigación intra y peridomiciliar de las viviendas de los enfermos.

# DIFTERIA

## DENIFICIÓN

Enfermedad contagiosa causada por el *Corynebacterium Diphterae,* caracterizada por la formación de una pseudomembrana fibrinosa, por lo general sobre la mucosa respiratoria, y por la lesión del tejido miocárdico y nervioso secundaria a la producción de una exotoxina.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se transmite por vía aérea de persona a persona a través de gotitas de flugge. El período de incubación es de 1 a 4 días. El período de transmisibilidad dura hasta que los bacilos virulentos han desaparecido de las secreciones y lesiones, por lo general en dos semanas o menos.

La infección produce inmunidad permanente. La vacunación con toxoide diftérico produce inmunidad activa de duración prolongada.

Después del período de incubación el paciente, por lo general menor de edad, presenta dolor de garganta leve, disfagia, fiebre, taquicardia, nauseas, vómitos, cefalea y escalofríos.

La membrana característica aparece sobre las amígdalas, es de color gris sucio, dura y fibrinosa. Puede aparecer edema de la laringe y la faringe, signos de toxemia y postración. Hay inflamación de los ganglios linfáticos cervicales (cuello de toro).

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Todo paciente que presente cuadro de fiebre, lesiones en la garganta con formación de pesudomembranas, y una o más de las siguientes manifestaciones: adenopatía cervical dolorosa, obstrucción de vías respiratorias, eritema ulcerado y estado toxico infeccioso.

**Caso confirmado:** Paciente con manifestaciones clínicas e identificación de Corynebacterium Diphterae en examen bacteriológico de las lesiones. Cuando no está disponible el laboratorio se considera caso confirmado el paciente con placas sospechosas en traquea y laringe, estado tóxico infeccioso y/o vínculo epidemiológico con un caso confirmado.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se debe tomar muestra de exudado laríngeo para realizar el aislamiento de Corynebacterium Diphterae.

## ACTIVIDADES NOTIFICACIÓN Y DE CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación inmediata obligatoria, por el medio más rápido posible al nivel inmediato superior, posteriormente se registra en el formulario de notificación semanal SNIS-302 para su envío. El responsable de la atención debe llenar la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

El paciente debe ser hospitalizado en condiciones de aislamiento, se deben manejar con cuidado los artículos y ropa contaminados con secreciones.

Debe administrase antitoxina diftérica precozmente bajo supervisión médica y tratamiento antibiótico con eritromicina o penicilina.

### c) Contactos

Debe realizarse el monitoreo de cobertura de vacunación en las manzanas aledañas al caso, así como las búsqueda activa de casos sospechosos.

Debe realizarse control del carnet de vacunación en las viviendas cercanas a la residencia del paciente, escuelas u otros lugares que haya frecuentado.

### d) Comunidad

Evaluar coberturas en la Gerencia de Red donde ocurrió el caso y planificar acciones intensivas para elevar las coberturas de vacunación según normas.

### e) Ambiente

Deben desinfectase los artículos y ropa de camas utilizadas por el paciente.

# ENFERMEDAD POR HANTA VIRUS

## DEFINICIÓN

Enfermedad zoonótica producida por *virus Hanta* en sus diferentes especies, trasmitida por los roedores al hombre y caracterizada por afección pulmonar o renal.

El reservorio de estos virus son los roedores de cola larga de la especie de apodemus y el modo de transmisión es a través de las excretas de este roedor como las heces, orina y la saliva que contaminan los alimentos y el medio ambiente a través de la desecación de estos. Esta enfermedad no se transmite de persona a persona sino en forma indirecta.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

**Fiebre hemorrágica con síndrome renal:** Enfermedad caracterizada por fiebre y dorsalgia baja de inicio, diversos grados de manifestación hemorrágica y alteraciones renales. El cuadro clínico diferencia varias fases: febril, hipotensión, oligúrica, diurética y de convalecencia. La muerte se produce durante la fase de hipotensión y oliguria. La tasa de letalidad es variable.

**Síndrome pulmonar por virus Hanta: (Síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto por virus Hanta).** Enfermedad que se caracteriza por la presencia de fiebre, mialgias, trastornos gastrointestinales, seguida de inicio repentino de un cuadro de insuficiencia respiratoria e hipotensión. La enfermedad evoluciona con rapidez hasta llegar a la insuficiencia respiratoria grave y choque cardiogénico.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente proveniente de áreas donde se haya diagnosticado enfermedad por Hanta virus, que presente enfermedad con fiebre de inicio súbito, cefalea y/o manifestaciones hemorrágicas y/o hipotensión y uno de las siguientes cuadros clínicos:

- Disnea progresiva que evoluciona a insuficiencia respiratoria grave.
- Sindrome renal que se manifiesta con dorsalgia, dolor abdominal y oliguria.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso confirmado por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Tomar muestra de sangre, en tubos estériles sin anticoagulante, centrifugar y obtener suero para el aislamiento del virus por pruebas serológicas, para la determinación de anticuerpos circulantes específicos de IgM por medio de técnicas como Elisa y Western Blot.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación inmediata obligatoria, por el medio más rápido posible al nivel inmediato superior, se registra en la historia clínica, el cuaderno de consulta externa o internación y en el formulario SNIS-302 para su envío posterior.

El responsable de la atención debe llenar la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

El paciente debe ser hospitalizado para brindarle tratamiento sintomático y de sostén.

### c) Contactos

Deben investigarse las personas que viven en el mismo ambiente y estén en contacto con la posible fuente de infección.

### d) Ambiente

Evitar el acceso de roedores a las casas. Es recomendable el desmalezado a por lo menos 30 metros de la vivienda.

Los basureros deben disponerse lejos de la casa para evitar que los roedores se aproximen.

Guardar los alimentos para humanos y animales fuera del alcance de los roedores.

Desinfectar las áreas contaminadas.

# FIEBRE AMARILLA

## DEFINICIÓN

Infección aguda producida por virus del género flavivirus, de gravedad variable, inicio súbito, fiebre, pulso relativamente lento y cefalea. Es característica la presencia de albuminuria intensa, ictericia y hemorragia, especialmente hematemesis. El período de incubación es de 3 a 6 días.

La fiebre amarilla urbana se transmite por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*, infectado 2 semanas antes al picar a un paciente virémico. La variedad selvática es transmitida por mosquitos del género *Haemagogus*.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El diagnóstico clínico es difícil ya que puede ser fácilmente confundida con otras fiebres de tipo hemorrágico, tales como el dengue u otras enfermedades como hepatitis y malaria.

Los casos más leves presentan cuadros clínicos indefinidos, los ataques semejan al cuadro de dengue presentando fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia, mialgias generalizadas, postración, náuseas y vómitos. El pulso se vuelve más lento y débil aunque la temperatura sea elevada (signo de Faget).

En casos graves a veces ocurre anuria. La curva febril se eleva y se mantiene en meseta. Al quinto días aparecen síntomas hemorrágicos, epistaxis, hemorragia bucal, hematemesis y melena. La ictericia se intensifica.

En estos casos, al cuarto o quinto días aparece el "síndrome hepato-nefro-tóxico", con síntomas neurológicos como obnubilación y confusión mental, delirio, excitabilidad y coma, que termina entre el séptimo a décimo día con la mejoría o el deceso.

La duración del episodio en los casos moderados es de 3 a 4 días y en los casos graves puede llegar a 10 días.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Enfermo de área endémica con fiebre e ictericia que puede además presentar cefalalgia, náuseas, vómitos y síntomas hemorrágicos.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso con confirmación de laboratorio. En caso de paciente fallecido por confirmación histopatológica.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Ante la presencia de casos sospechosos debe procederse a la toma de muestra de sangre o suero para aislamiento del virus o determinación de anticuerpos de IgM en los procesos agudos y de convalecencia.

En los casos que terminan con defunción, debe procederse a la obtención de una muestra de tejido hepático y enviar de inmediato al laboratorio de referencia.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación inmediata obligatoria, por el medio más rápido posible al nivel inmediato superior, se registra en la historia clínica, el cuaderno de consulta externa o internación y en el formulario SNIS-302 para su envío posterior.

El responsable de la atención debe llenar la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

El paciente debe ser hospitalizado para brindarle tratamiento sintomático y de sostén.

Debe permanecer en aislamiento y protegido con mosquiteros o telas milimétricas para evitar el acceso de los mosquitos que pueden infectarse y diseminar la enfermedad.

### c) Contactos

Inmunización de personas que viajan a zonas endémicas. La vacuna proporciona protección a los diez días de su aplicación y protege por diez años.

Se debe realizar búsqueda activa de casos en la comunidad.

### d) Ambiente

Se debe realizar rociamiento considerando la infestación de Aedes Aegypti.

Se deben realizar actividades de educación sanitaria para promover la destrucción de criaderos del vector.

# FIEBRE HEMORRÁGICA BOLIVIANA

## DEFINICIÓN

Enfermedad aguda producida por el virus *Machupo,* del género arenavirus, caracterizada por fiebre, cefalea, dolor retroorbital, exantema y enantema con petequias. En los casos graves tiene manifestaciones hemorrágicas.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El período de incubación es de 7 a 16 días. Se transmite por las excretas del roedor Calomys Callosus, ya sea contaminando los alimentos o dispersadas en el aire mediante el polvo y por abrasiones de la piel contaminadas con dichas excretas.

La enfermedad dura de 7 a 15 días y se manifiesta con fiebre, sudoración, malestar general, cefaleas, dolor retroorbital, conjuntivitis y postración.

Después de 3 a 4 días aparece exantema en el tórax, más tarde se observan petequias acompañadas de edema de la cara, el cuello y la parte superior del tórax. Es frecuente la aparición de enantema con petequias en el paladar blando.

Ocurre disminución paulatina de plaquetas, leucopenia (más marcada entre el quinto y noveno día) y albuminuria.

Las infecciones graves producen epistaxis, hematemesis, melena, hematuria y hemorragia gingival. Es frecuente que surgan encefalopatías con temblores, en estos casos puede ocurrir bradicardia, hipotensión y choque que puede conducir a la muerte.

El período crítico es del séptimo al décimo día después de iniciada la enfermedad, posteriormente acontece la convalecencia con alopecia y acanaladuras ungûeales.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Persona que procede de zona endémica y que presenta, enfermedad con fiebre, cefálea, dolor retroorbital, exantema y enantema con petequias, en casos graves manifestaciones hemorrágicas.

**Caso confirmado:** Paciente sospechoso con confirmación de laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se realiza mediante pruebas de sangre y serológicas que permiten:

- Recuento de glóbulos blancos y plaquetas
- Velocidad de eritrosedimentación
- Prueba de Elisa, IFI
- Aislamiento del virus en suero

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es de notificación inmediata obligatoria por el medio más rápido al nivel inmediatamente superior, se registra en la historia clínica, el cuaderno de consulta externa o internación y en el formulario SNIS-302 para su envío posterior.

El responsable de la atención debe llenar la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

El paciente debe ser hospitalizado para brindar tratamiento sintomático y de sostén.

### c) Contactos

Se deben investigar los contactos del núcleo familiar por su relación con la posible fuente de infección, para identificar otros casos

### d) Ambiente

Control de roedores.

Exigencia del uso de medidas protectoras en los trabajadores rurales de zonas endémicas.

# MENINGITIS MENINGOCOCICA

## DEFINICIÓN

Enfermedad bacteriana aguda producida por *Neisserira Meningitidis*, que se caracteriza por comienzo repentino, con fiebre, cefalalgia intensa, náuseas, y a menudo vómitos, rigidez de la nuca y frecuentemente erupción petequial con máculas rosadas ó, en raras ocasiones vesículas.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

La enfermedad se transmite por contacto directo, que incluye gotitas de flugge y secreción de vías nasales y faringe de sujetos infectados, con mayor frecuencia de portadores más que de casos clínicos. El período de incubación varia de 2 a 10 días.

Después del período de incubación hay comienzo repentino de fiebre, cefalalgia intensa, náuseas y a menudo vómitos, rigidez de la nuca y frecuentemente erupción petequial con máculas rosadas o, en raras ocasiones vesículas. A menudo surgen delirio y coma; a veces ocurren casos fulminantes con postración súbita, equimosis y choque al principio.

El período de transmisibilidad persiste hasta que los meningococos desaparecen de las secreciones de la nariz y de la boca.

La infección meningocócica puede limitarse a la nasofaringe, con síntomas locales solamente o sin síntomas. En otros casos puede ser invasora muy grave, ocasionando septicemia, un porcentaje de estos casos aproximadamente el 60% presentan una erupción petequial, a veces con ataque articular, o cuadro meníngeo.

En la enfermedad invasora, la meningococia puede ocurrir sin extensión a las meninges y debe sospecharse en casos de enfermedad febril aguda por lo demás no explicable, que vaya acompañada de erupción petequial y leucocitosis.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente con fiebre, cefalea, vómitos, con uno o más de los siguientes signos o síntomas:

En niños lactantes: irritabilidad, convulsiones, aumento de tensión de la fontanela anterior, desviación de los ojos, petequias.

En niños mayores y adultos: rigidez de nuca, alteraciones mentales, petequias, convulsiones.

**Caso confirmado:** Caso clínico sospechoso, con confirmación laboratorial y/o nexo epidemiológico.



BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se toma muestra de líquido cefalorraquídeo y se separa en tres exámenes:

Primera: para tinción de Gram.
Segunda: para examen citoquímico
Tercera: para cultivo en agar chocolate o Muller Hinton.

Si el germen detectado es diplococo Gram (-) se hace la prueba de la oxidasa que identifica a la Neisseira. Para identificar el tipo de Neisseria se efectúa la prueba de fermentación de azucares, y por último, para efectuar la tipificación de la Neisseria Meningitidis en A, B, C, Y, W-135, se realiza la prueba serológica de aglutinación.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación inmediata por el medio más rápido, hacia el nivel inmediatamente superior, se registra el caso en historia clínica, cuaderno de consulta externa y en el formulario SNIS-302 para envío posterior.

El establecimiento realiza el llenado de la ficha epidemiológica y envía una copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

El paciente debe ser hospitalizado y asilado para evitar la transmisión respiratoria durante 24 horas después de haber comenzado la quimioterapia.

Debe recibir tratamiento con penicilina ó ceftriaxone por vía parenteral en dosis adecuadas. También son eficaces la ampicilina y el cloranfenicol.

### c) Contactos

Es preciso investigar los contactos directos y administrar tratamiento profiláctico.

### d) Ambiente

Es indispensable la desinfección concurrente de secreciones nasofaríngeas y objetos contaminados con ellas.

# PESTE

## DEFINICIÓN

Enfermedad zoonótica específica que afecta a los roedores y a sus pulgas, que transmiten la infección a diversos animales y el hombre. Es ocasionada por la bacteria *Yersinia Pestis*. La primera reacción suele ser linfadenitis de ganglios que reciben el drenaje del sitio de la picadura de la pulga. Esta es la peste bubónica y afecta con mayor frecuencia a los ganglios de la zona inguinal y menos comúnmente a los de la zona axilar o cervical.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Forma bubónica o ganglionar: Esta forma clínica puede variar de leve y abortiva a muy grave. Se presenta con inicio abrupto, cefalea, fiebre alta, náuseas, vómitos, confusión mental, congestión conjuntival, taquicardia, hipotensión y postración. Al segundo o tercer día aparece inflamación aguda y dolorosa de ganglios linfáticos que habitualmente fistulizan y supuran. Esta forma de peste suele complicarse con la forma pulmonar septicémica.

Forma septicémica primaria: Es muy rara, solo en pacientes con baja resistencia, desde el principio se encuentra el bacilo en la sangre, el inicio es fulminante, en dos o tres días el paciente ingresa en coma y muere.

Forma neumónica primaria: Es la forma más grave ya que es de alta contagiosidad, pudiendo provocar epidemias explosivas. Hay síntomas de toxiinfección con período de incubación de dos o tres días, hipercapnea, cianosis, expectoración sanguinolenta, coma y muerte si el paciente no es tratado.

El período de incubación es de 2 a 6 días en las diferentes formas de presentación.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente proveniente de área endémica o epidémica de peste, que presente manifestaciones clínicas de enfermedad caracterizado por fiebre, cefalea, postración y una o más de las siguientes manifestaciones:

- Linfadinetis regional
- Septicemia sin linfadenopatía
- Neumonía primaria

**Caso confirmado:** Paciente sospechoso con confirmación de laboratorio o confirmación por nexo epidemiológico.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se puede obtener:

- Muestra por aspiración de los bubones supurados para visualizar a la bacteria.
- Muestra de esputo para examen directo.
- Muestra de sangre, para determinación de anticuerpos. Se observa leucocitosis con linfocitosis.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Inmediata obligatoria por el medio de comunicación más rápido al nivel inmediato superior, se registra en la historia clínica, el cuaderno de consulta externa y por paloteo en el formulario SNIS-302 para envío posterior.

El personal debe realizar luego el llenado de la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

Tratamiento específico con:

Estreptomicina 1 gr. Cada 6 horas por 48 horas y luego 1 gr día por 7 a 10 días.

La gentamicina y la tetraciclina son útiles cuando no se dispone de estreptomicina. Se recomienda usar Tetraciclina 50 mg/kg/día en 4 dosis al día por 7 a 10 días. El cloranfenicol debe emplearse en caso de meningitis y de hipotensión pronunciada.

### c) Contactos

Investigación epidemiológica con búsqueda activa de casos.

### d) Ambiente

Control de pulgas, roedores, acciones sanitarias peri domiciliarias.

Acciones de educación para la salud.

Medidas de prevención en aeropuertos.

# POLIOMIELITIS Y PARÁLISIS FLACIDA AGUDA

## DEFINICIÓN

Enfermedad vírica aguda cuya gravedad varia desde una infección asintomática hasta enfermedad febril paralítica y muerte.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El agente etiológico es el *Poliovirus,* perteneciente a los enterovirus, con tres tipos (I, II y III). Su reservorio es el hombre. La transmisión ocurre generalmente por contacto directo de persona a persona, la boca es la puerta de entrada del poliovirus, por las vías fecal-oral u oral-oral.

El período de incubación generalmente es de 7 a 12 días, pudiendo variar de 2 a 30 días.

Los síntomas incluyen fiebre, malestar, cefalea, náuseas, vómitos, dolores y espasmos musculares intensos, rigidez del cuello y espalda, con o sin parálisis flácida, por lo común de miembros inferiores que constituye el signo patognomónico de la enfermedad.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Toda persona menor de 15 años que presente un ataque agudo de parálisis, sin causa traumática evidente o toda enfermedad paralítica aguda en una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.

Esta clasificación es provisoria, dentro de las 48 horas de notificado el caso debe reclasificarse o ser descartado.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso confirmado por laboratorio.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Inmediata obligatoria, a través del medio de comunicación más rápido hacia el nivel inmediatamente superior.

Al momento de la atención se registra en la historia clínica y el cuaderno de consulta externa, paralelamente en el formulario SNIS-302.

El personal debe realizar luego el llenado de la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

Se debe realizar investigación completa. Toma de muestra y clasificación del caso

### c) Contactos

Se deben buscar otros casos en el área e incluirlos en la notificación de sospechosos.

### d) Comunidad

Establecer niveles de cobertura de vacunación en la zona mediante la realización de monitoreos rápidos de cobertura de vacunación, en caso de ser esta bajas, realizar acciones de vacunación para elevarlas rápidamente.

Realizar búsqueda activa en establecimientos de salud, escuelas, guarderías, otras instituciones y en la comunidad.

# RABIA HUMANA

## DEFINICIÓN

Encefalomielitis vírica aguda, mortal, que se produce por la mordedura o lamedura en piel erosionada o mucosas por un animal infectado por el virus de la rabia.

El reservorio en la gran mayoría de los casos es el perro, sin embargo se deben considerar también animales como gatos, monos, murciélagos y otros. El período de incubación varía de dos semanas hasta más de un año, el promedio general es de cincuenta días.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Comienza con sensación de angustia, cefalea, fiebre, malestar general y alteraciones sensitivas indefinidas que a menudo guardan relación con el sitio de una herida provocada por la mordedura de un animal. Posteriormente aparece paresia o parálisis, con espasmo de los músculos de la deglución cuando se intenta tragar, lo que provoca miedo al agua (hidrofobia), después surgen delirio y convulsiones.

La muerte por asfixia, extenuación o parálisis generalizada ocurre al cabo de tres a diez días.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso**: Todo paciente que presente cuadro clínico compatible con encefalitis rábica, con o sin antecedente de lesión por animal sospechoso de rabia.

**Caso confirmado:** Todo paciente con cuadro clínico compatible de encefalitis rábica, asociado a antecedentes de contacto con piel erosionada o agresión por animal fallecido por rabia ó, caso clínico confirmado por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Examen de saliva, líquido cefalorraquídeo o córnea para prueba por inmunofluorescencia.

Detección de anticuerpos específicos por neutralización o cultivo celular, en paciente que nunca han sido vacunados contra la rabia.

Aislamiento del virus a través de la prueba biológica en ratones de 21 días.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es de notificación inmediata obligatoria, por el medio más rápido al nivel inmediatamente

superior, se realiza el registro en la historia clínica, en el cuaderno de consulta externa y en el formulario SNIS-302.

El personal debe proceder a llenar la ficha epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

**b) Paciente**

Atención inmediata de la herida con lavado profuso con agua y jabón (en general no se recomienda la sutura de la herida), ni el uso de antisépticos yodados o con colorantes, ya que ayudan a fijar el virus.

Vacunación a personas cuyos agresores sean canes positivos para rabia o vagabundos sin posibilidad de identificación y otros animales domésticos y silvestres. La vacuna se aplica según esquema aprobado de acuerdo a características de la mordedura.

El esquema clásico para mordedura en cabeza, cuello y pulpejo de los dedos de las manos, considera 14 dosis diarias de 1 ml., 1 refuerzo a los 10mo. día y otro al 20mo. día de la última dosis de la serie inicial.

Paralelamente administración de suero antirrábico heterólogo, 40 UI/kg, 30% peri lesional y el resto intramuscular. El suero debe administrarse en forma conjunta o el mismo día de aplicada la primera dosis de la vacuna, pero en zonas diferentes.

El esquema para mordeduras en otras zonas del cuerpo considera 7 dosis diarias de 1 ml., 1 refuerzo al 10mo,. 20mo. y 60mo. día de la última dosis de la serie inicial.

**c) Contactos**

Investigación de otros casos que hayan tenido contacto mediante piel erosionada o hayan sido agredidos por animal positivo para rabia.

En caso de no identificar al animal, vacunación completa a la persona agredida, considerando el esquema de acuerdo a la zona de la herida.

# RABIA CANINA

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa viral aguda, que se caracteriza por irritación del sistema nervioso central, seguida de parálisis y muerte

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

En la fase prodrómica los perros manifiestan cambios de conducta, el animal se esconde en lugares oscuros o muestra intranquilidad. La excitabilidad refleja aumenta, sobresaltándose el animal al menor estímulo, hay ligero aumento de la temperatura corporal, excitación genitourinaria, anorexia.

En la fase de excitación se torna agresivo, con tendencia a morder objetos, hay sialorrea, alteración del ladrido por parálisis de los músculos laríngeos y cuerdas vocales, el animal tiende a fugar de su domicilio.

En la fase paralítica sobreviene la incoordinación muscular, parálisis de las extremidades, del tronco y finalmente la muerte.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Todo can vagabundo o animal doméstico que manifiesta cambio de conducta (con mordedor).

**Caso confirmado:** Animal sospechoso de rabia confirmado por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se debe enviar la cabeza del animal a laboratorio para realizar prueba de inmunofluorescencia directa positiva en muestras de cerebro.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

A través de la notificación de personas mordidas por can sospechoso de rabia, se inician las acciones de control.

### b) Can rabioso

Observar el comportamiento durante 10 días. Si en el transcurso de los mismos muere, mandar muestra de cerebro (o cabeza) al laboratorio.

### c) Contactos

Investigar y delimitar focos.
Vacunación a animales susceptibles.

# RUBEOLA

## DEFINICIÓN

Enfermedad aguda, exantemática contagiosa, causada por un virus ARN, por lo general con síntomas constitucionales leves, que puede ocasionar aborto, nacimiento de un feto muerto o defectos congénitos en los hijos de madres infectadas durante los primeros meses del embarazo.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

La enfermedad se propaga por núcleos de gotitas transportadas por el aire o por contacto íntimo, un paciente puede transmitir la enfermedad una semana antes del comienzo del exantema, hasta una semana después de que éste desaparezca. Los lactantes infectados de forma congénita son potencialmente infecciosos durante muchos meses después del nacimiento.

El período de incubación es de 14 a 21 dias, en los niños la enfermedad aparece con un período prodrómico que suele consistir en malestar y adenopatías, es característica la tumefacción dolorosa de los ganglios suboccipitales, postauriculares y postcervicales, cuya presencia, junto con el exantema típico sugiere el diagnóstico, se acompaña de fiebre leve, cefalalgia, malestar general, coriza y conjuntivitis.

El exantema es similar al del sarampión, pero menos extenso y más evanescente. Comienza en la cara y el cuello y se extiende rápidamente hacia el tronco y las extremidades. Al comienzo de la erupción puede aparecer un rubor transitorio que simula el de la escarlatina, sobre todo en la cara. En el paladar se observa un enantema leve y enrojecimiento de la faringe. El exantema suele durar unos 3 días, a manudo se vuelve escarlatifome con un tono rojizo.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Todo caso en el cúal se sospeche de esta enfermedad. Paciente con enfermedad febril eruptiva, que puede además presentar adenopatías suboccipitales, retroauriculares o postcervicales

**Caso confirmado:** Caso sospechoso que presenta resultado positivo por la prueba de IgM de captura, ó nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se debe tomar muestra de sangre ( 5 ml) en tubo estéril sin anticoagulante, en el primer contacto del paciente; en el lapso de los primeros 30 días de aparición del exantema, colocar a temperatura ambiente o centrifugar y colectar el suero en otro tubo, rotularlo, refrigerarlo y enviar al nivel correspondiente dentro de las 24 horas subsiguientes a la toma, para la detección de IgM específico para esta patología. Un aumento cuádruple o superior de los anticuerpos específicos es confirmatorio.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Inmediata obligatoria por el medio de comunicación más rápido al nivel inmediatamente superior, se registra el caso en la historia clínica, cuaderno y en el formulario SNIS-302 para su envío posterior. Se informa como sospechoso de sarampión/rubeola.

### b) Investigación epidemiológica

El responsable de la atención debe iniciar la investigación dentro de las 48 horas de notificación. Se deben anotar en la ficha epidemiológica todos lo datos referentes a la identificación (incluyendo antecedente vacunal), datos clínicos y de laboratorio, dando especial atención a la probable fuente de infección. Se envía copia de la ficha epidemiológica a la Gerencia de Red.

### c) Comunidad

Se debe realizar búsqueda de casos en la comunidad y en poblaciones cautivas, procurando identificar la probable fuente de infección.

Se deben realizar acciones de vacunación de acuerdo al monitoreo de coberturas alcanzadas.

# SARAMPIÓN

## DEFINICIÓN

Enfermedad viral aguda, sumamente contagiosa, causada por *Paramixovirus*, se disemina en gran parte por medio de gotitas de flugge a partir de la nariz, la faringe y la boca de una persona en fase prodrómica o en fase eruptiva inicial de la enfermedad. Actualmente la enfermedad se encuentra en etapa de eliminación en el país.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El período de incubación es de 7 a 14 días, comienza con fiebre, coriza, tos seca y conjuntivitis. Las manchas de Koplik son patognomónicas, aparecen dos a cuatro días más tarde, por lo general en mucosa oral opuesta al primero o segundo molar superior, a manera de granos diminutos de arena blanca, rodeada de una areola inflamatoria. El exantema característico aparece al tercer o quinto día, en los exantemas graves puede existir petequias o equimosis.

En el pico de la enfermedad, la fiebre aumenta a 40 °C. existe edema peri orbitario, conjuntivitis, fotofobia, tos seca, exantema extenso y prurito discreto, esta etapa dura entre tres a cinco días, después de los cuales desaparece la fiebre y el exantema quedando solo una coloración parda y descamación. El período de transmisiblidad varía desde un poco antes del inicio de la enfermedad, hasta cuatro días después de desaparecer la erupción.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Todo caso en el cual se sospeche de sarampión, paciente con enfermedad febril eruptiva, con exantema maculopaular (no vesicular), y/o tos, coriza o conjuntivitis.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso que presenta resultado positivo por la prueba de IgM de captura y/o nexo epidemiológico con otros casos confirmado por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se debe tomar una muestra de sangre en el primer contacto con el caso sospechoso (dentro de los primeros 30 días del inicio del exantema).

Colocar 5 ml de sangre en un tubo estéril, sin anticoagulante, debidamente rotulado y dejar a temperatura ambiente hasta que se forme el coágulo (mas o menos media hora) o centrifugar, trasladar el suero a otro tubo estéril, identificar y mantener en refrigeración (entre 2 a 8 °C) hasta su envío al nivel correspondiente, dentro de las 24 horas. Congelar la muestra si esta no puede ser enviada en las 24 horas.

Se deben enviar las muestras tendiendo los siguientes cuidados:

Tapar bien los tubos, asegurarse que estén rotulados, envolverlos en plásticos, colocarlos en termos con paquete fríos como si fueran vacuna.

No enviar muestras los fines de semana o días feriados, informar al personal encargado el envío de la muestra, día y hora de llegada para su recepción.

En un brote de 10 o más casos, se deben tomar muestras de los 3 a 5 primeros casos

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Inmediata obligatoria por el medio de comunicación más rápido al nivel inmediatamente superior, se registra el caso en la historia clínica, cuaderno y el formulario SNIS-302. Se informa como sospechoso de sarampión/rubeola.

### b) Investigación epidemiológica

El responsable de la atención debe iniciar la investigación dentro de las 48 horas de notificación, realizando un examen clínico detallado. Se deben anotar en la ficha epidemiológica todos lo datos referentes a la identificación (incluyendo antecedente vacunal), datos clínicos y de laboratorio, dando especial atención a la probable fuente de infección.

### c) Comunidad

Se debe realizar búsqueda de casos en la comunidad y en poblaciones cautivas, procurando identificar la probable fuente de infección.

Se deben realizar acciones de vacunación de acuerdo al monitoreo de coberturas alcanzadas.

Considerar que la única medida de prevención adecuada es la vacunación.

# TOS FERINA (COQUELUCHE)

## DEFINICIÓN

Enfermedad bacteriana aguda, altamente contagiosa, que afecta al árbol traqueo bronquial. Se caracteriza fundamentalmente por violentos accesos de tos espasmódica y paroxística, acompañados de un silbido inspiratorio al fina de cada acceso (inspiración cacareante). Es producida por la *Bordetella pertrussis.*

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El modo de transmisión es por contacto directo con las secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de las personas infectadas. El período de incubación es comúnmente de 7 días.

La enfermedad dura unas seis semanas y se divide en tres fases:

Catarral: Comienza insidiosamente con estornudos, lagrimeo y otros signos de coriza, anorexia, apatía y tos nocturna que se vuelve diurna. La fiebre es rara.

Paroxística: La persona afectada padece accesos de tos en paroxismos que la dejan sin aire y finalizan con un estridor inspiratorio desesperado que ocasiona un silbido característico. Después de estos accesos existe eliminación de gran cantidad de moco y vómitos.

Esta condición puede prolongarse por tres a cuatro semanas y se acompaña del alteraciones fisiológicas en todo el organismo.

Convalecencia: Suele empezar antes de cuatro semanas, los paroxismos no son tan frecuente ni graves, disminuyen los vómitos. La duración media de la enfermedad es de cincuenta días (oscilando de tres semanas a tres meses).

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente con antecedente de tos severa, paroxística persistente por dos semanas o más, seguido de nauseas y vómitos y/o estridor.

En los niños menores se puede presentar tos prolongada seguida de apnea y cianosis, y/o hemorragia conjuntival.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso confirmado por laboratorio, ó cuadro clínico clásico ó por nexo epidemiológico.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Se encuentra en sangre leucocitosis con linfocitosis.

Aislamiento de Bordetella Pertrussis a partir de secreción respiratoria en centros de referencia.

Demostración de antígenos de Bordetella Pertrusis por IFI.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es de notificación inmediata obligatoria, por el medio más rápido al nivel inmediatamente superior, se realiza el registro en la historia clínica, en el cuaderno de consulta externa y en el formulario SNIS-302.

El personal debe proceder a llenar la ficha epidemiológica y ampliar los datos para la investigación antes de las 48 horas, enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

Hay que aislar los casos sospechosos de la presencia de lactantes y niños de corta edad, especialmente los lactantes no inmunizados, hasta que los enfermos hayan recibido antibióticos por lo menos durante cinco días.

Desinfección concurrente de las secreciones nasofaríngeas y objetos contaminados.

### c) Contactos

Búsqueda de contactos, control de vacunación del paciente y contactos.

Quimioprofilaxis en niños menores de 4 años vacunados, con eritromicina más refuerzo de vacuna (la eritromicina es efectiva en el período de incubación).

En niños mayores de 4 años vacunados, ninguna medida. En no vacunados quimioprofilaxis con eritromicina.

# III. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE NOTIFICACIÓN SEMANAL

# ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

## DEFINICIÓN

Síndrome de etiología diversa, que tiene como manifestación más evidente evacuaciones numerosas con heces acuosas o de poca consistencia, acompañadas con frecuencia de vómitos, fiebre y dolor abdominal.

Generalmente es autolimitada con una duración en 2 a 14 días. Las formas varían desde leves a graves, en estos casos la deshidratación y los trastornos hidroelectrolíticos producen la mayor letalidad, particularmente cuando están asociadas con desnutrición crónica.

## DESCRICPCIÓN CLÍNICA

Se observan algunas diferencias de acuerdo al agente etiológico:

**a) Bacterias:**

Las bacterias causantes de la enfermedad diarreica aguda utilizan dos mecanismos patogénicos principales: el secretorio, desencadenado por toxinas, y el invasor, a través de la colonización y su multiplicación en la pared intestinal, provocando lesión epitelial. En este caso puede ocurrir septicemia. Algunos agentes, como la *Yersinia enterocolytica*, pueden producir toxinas y al mismo tiempo producir invasión y ulceración del epitelio. Las bacterias que más comúnmente causan diarrea en los niños son la *Shigella y E. Coli* enteropatogénica.

**b) Virus:**

Producen diarrea autolimitada, las complicaciones ocurren normalmente en estados nutricionales ya comprometidos. Son más comunes en niños, particularmente en la época del destete. Los rotavirus son el agente viral más frecuente causante de diarrea.

**c) Parásitos:**

Puede encontrarse infección por agentes aislados o asociados y la diarrea puede ser aguda, intermitente o puede no ocurrir.

## DEFINICIÓN DE CASO

Adultos: Todo individuo que presente deposiciones fecales líquidas en frecuencia mayor al número normal y con una duración menor a dos semanas.

Niños: Todo niño que presente cambio en la frecuencia y consistencia de las deposiciones fecales, pudiendo ser líquidas y más de cuatro veces al día en promedio.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

**a) Notificación**

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta

o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

La gerencia de red monitoriza la presentación de casos a través de la elaboración de canales endémicos.

**b) Paciente**

Debe realizarse diagnóstico y tratamiento precoz, evitando la deshidratación.

**c) Contactos**

Las madres de los niños con diarrea deben ser educadas para un adecuado manejo de los alimentos y el agua.

**d) Ambiente**

Debe promoverse la cloración del agua en aquellos lugares donde no existe acceso a agua potable.

# HEPATITIS VIRAL

## DEFINICIÓN

Enfermedad caracterizada por un proceso inflamatorio del hígado, causada por diferentes tipos de virus, siendo los más frecuentes los tipos A y B.

## DESCRICIÓN CLÍNICA

**Hepatitis A:** Transmitida principalmente por contacto fecal–oral a través del agua y los alimentos. Es factible que la sangre y las secreciones se constituyan en fuentes de infección. El período de incubación es de 15 a 35 días (media de 30 días).

El período de transmisibilidad se inicia a partir de la segunda semana antes del inicio de los síntomas y se extiende hasta el final de la segunda semana de la dolencia, en la mayoría de las personas.

**Hepatitis B**: Es transmitida principalmente por vía parenteral (transfusiones de sangre, uso de jeringas contaminadas, diálisis renal y en personal hospitalario por contacto con sangre contaminada). También se ha demostrado la transmisión por vía sexual. El período de incubación es de 45 a 180 días (media de 60 a 90 días).

En cuanto al período de transmisibilidad, la sangre de una persona portadora del virus es infectante de 2 a 3 semanas antes del inicio de los síntomas y continua así durante la fase aguda. El estado de portador crónico es arbitrariamente fijado después de los seis meses de persistencia del HBsAg en la sangre.

Para los otros tipos de virus el período de incubación promedio es de 28 a 60 a días.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Independientemente de la etiología, las manifestaciones clínicas son similares. La fase prodrómica comienza bruscamente con anorexia, malestar general, náuseas, vómitos y fiebre. Puede haber erupciones cutáneas urticarifomes y artralgias, sobre todo en la hepatitis tipo B. A los tres a diez días aparece coluria y luego ictericia. A veces hay signos de colestasis, La ictericia alcanza su punto máximo entre la 1 a 2 semanas y luego disminuye entre 2 a 4 semanas. Mediante la exploración física se encuentra hepatomegalia y esplenomegalia.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente que presenta enfermedad con comienzo insidioso, astenia, adinamia, náuseas, vómitos, ictericia con niveles séricos elevados de transaminasas (cinco veces el valor normal de TGO y TGP).

**Caso confirmado:** Paciente sospechoso con marcadores positivos en laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Las pruebas de sangre para el virus de la hepatitis detectan la presencia de anticuerpos, son específicas para los virus de la hepatitis A, B ó C. Se puede usar una serie de pruebas analíticas para examinar las muestras de sangre para más de un tipo de virus al mismo tiempo. Los anticuerpos IgM aparecen entre tres y cuatro semanas después de la exposición y suelen regresar a niveles normales en unas ocho semanas. Los anticuerpos IgG parecen unas dos semanas después que los anticuerpos IgM comienzan a incrementarse y pueden persistir por siempre.

Se debe descartar hepatitis autoinmunne por marcadores de inmunidad.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

El paciente debe ser aislado y debe tenerse sumo cuidado con el manejo de heces, orina y sangre.

Debe permanecer en reposo con tratamiento sintomático.

### c) Contactos

Debe realizarse búsqueda de casos entre los contactos en el domicilio y contactos sexuales de acuerdo al tipo de virus.

Los contactos domésticos y sexuales deben recibir inmunoglobulina humana (0.02-0.04 ml/kg).

Se recomienda el uso profiláctico de vacuna para la hepatitis B en grupos de riesgo, como personal de salud, en contacto con sangre y fluidos.

### d) Ambiente

En la vivienda de los casos debe realizarse limpieza para eliminar las posibles fuentes de contaminación de los alimentos y el agua (hepatitis A).

En caso de hepatitis B es importante realizar acciones de educación sanitaria, de control en bancos de sangre, recomendar el uso del condón en pacientes portadores crónicos.

# INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
# SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

## DEFINICIÓN

Es un conjunto de síntomas y signos caracterizados por úlcera genital, dolorosa o no, que se presenta en las personas debido a contacto sexual con otra persona afectada de ciertas enfermedades, entre ellas: la sífilis (causada por el *Treponema Pallidum)*, chancroide (causado por el *Haemophilus ducrei*) y Herpes genital(causado por el *Virus Herpes Simple tipo I-II*).

Las personas afectadas, recurren a los servicios de salud, porque observan la presencia de una "herida" en la región genital y/o en la región anal. Se presenta tanto en hombres como en mujeres en edad sexualmente activa.

## DESCRICIÓN CLÍNICA

El paciente se queja de una herida o llaga en la región genital y/o anal. A veces refiere dolor y otras veces no. La úlcera es generalmente única, pero a veces se presentan dos o más úlceras. En algunas ocasiones pueden observarse varias vesículas ulcerosas. Estas vesículas pueden infectarse y juntarse, semejando una úlcera única.

## DEFINICIÓN DE CASO

Paciente con úlcera en región genital y/o anal, de sexo masculino o femenino, en edad sexualmente activa.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es un problema de salud de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta en la historia clínica y cuaderno de consulta externa, posteriormente para el envió de información semanal se consolidan los casos en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

Se realiza tratamiento con penicilina benzatínica de 2.4 millones de UI. Intramuscular, dosis única ó eritromicina cápsulas de 500 mg. cuatro veces al día durante 7 días.

### c) Contactos

Atención para la pareja con el mismo tratamiento.

### d) Comunidad

Orientación y educación sobre las infecciones de transmision sexual
Promoción para el uso del condón.

# INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
# SÍNDROME DE FLUJO URETRAL

## DEFINICIÓN

Es un conjunto de síntomas y signos caracterizados por secreción por uretra o dolor al orinar que se presenta en hombres, debido a contacto sexual con otra persona afectada de ciertas enfermedades, entre ellas: gonorrea (causada por *la Neisseria gonorrhoreae*), y clamidiasis (causada por la *Chlamydia tracomatis*). Los pacientes acuden a los servicios de salud porque observan la salida de un líquido purulento por el meato urinario. Se presenta en hombres en edad sexualmente activa.

## DESCRICIÓN CLÍNICA

El paciente se queja de dolor al orinar, que no siempre es frecuente. Refiere secreción por la uretra. La evidencia del flujo, debe ser confirmada durante el examen clínico.

## DEFINICIÓN DE CASO

Persona de sexo masculino en edad sexualmente activa con presencia del flujo por la uretra y dolor a la micción.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es un problema de salud de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta en la historia clínica y cuaderno de consulta, posteriormente para el envío de información semanal se consolidan los datos en el formulario SNIS- 302.

### b) Paciente

Se realiza tratamiento con ciprofloxacina, cápsulas de 500 mg. Dosis única, ó doxiciclina, tabletas de 100 mg, 2 veces al día, durante 7 días.

### c) Contactos

Atención a la pareja para el mismo tratamiento.

### d) Comunidad

Orientación y educación sobre las infecciones de transmición sexual.
Promoción para el uso del condón.

# INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

## DEFINICIÓN

Enfermedades provocadas por diversos virus y bacterias que afectan las vías respiratorias. Son más comunes y peligrosas en los niños menores de 5 años y ancianos.

## DESCRIPCION CLÍNICA

Se transmiten por vía área a través de las gotitas de flugge, al toser o estornudar. El reservorio de las infecciones respiratorias agudas es el hombre, con un periodo de transmisión de 14 a 72 horas.

La complicación de neumonía debe considerarse evaluando el aumento de la frecuencia respiratoria:

- Niño de 0 a < de 2 meses 60 ó mas respiraciones por minuto
- Niño de 2 a 11 meses 50 ó mas respiraciones por minuto
- Niño de 1 a 4 años 40 ó mas respiraciones por minuto

Las infecciones respiratorias agudas se deben vigilar especialmente en niños que presentan desnutrición moderada o grave.

De acuerdo a su localización y gravedad se clasifican en :

**Infecciones respiratorias sin neumonía:**

- Resfrío común
- Amigdalitis /faringitis
- Otitis media
- Laringotraqueitis
- Bronquitis
- Bronquiolitis

La mayoría de estas infecciones son leves, pero pueden complicarse hasta llegar a casos de neumonía.

**Infecciones respiratorias con neumonía:**

- Neumonía
- Neumonía grave

## DEFINICIÓN DE CASO

**Infección respiratoria aguda en niños:** Paciente que presenta tos, catarro, nariz tapada y/o dolor de garganta.

**Neumonía en niños:** Paciente que presenta tos, catarro, nariz tapada, dolor de garganta, respiración rápida y/o difícil.



BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

**Neumonía grave:** Los síntomas y signos anteriores más estridor o cornaje, tiraje y cianosis.

En niños pequeños pueden presentar alteración del estado de conciencia, y/o convulsiones.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

La Gerencia de Red, monitoriza la presentación de casos a través de la elaboración de canales endémicos.

### b) Paciente

Es importante la atención oportuna y tratamiento según las normas.

Los casos de neumonía grave deben ser hospitalizados o referidos de acuerdo al nivel de atención donde se capte el caso.

Es indispensable el abrigo apropiado de los niños menores de 5 años.

### c) Contactos

No se requiere tratamiento profiláctico.

### d) Ambiente

Es recomendable mantener el ambiente con buena ventilación.

# LEISHMANIASIS

## DEFINICIÓN

Enfermedad parasitaria de carácter invasivo y mutilante, causada por especies del género *Leishmania* y transmitidas por mosquitos flebótomos. En el país, el 99% de los casos corresponde a presentación mucocutánea y cutánea, producida por *Leishmania braziliensis*.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones pueden ser mucocutáneas, cutáneas y viscerales. La especie de protozoo causal y el estado inmunológico previo del huésped tienen aparentemente importancia para condicionar el cuadro clínico. El período de incubación de la enfermedad oscila desde varias semanas a meses.

La leishmaniasis cutánea y mucocutánea comienza con una lesión papular secundaria a la picadura del mosquito vector, que puede permanecer indolora o volverse dolorosa y ulcerarse. Las lesiones pueden ser únicas, múltiples o difusas, y pueden desaparecer por si solas o volverse crónicas.

Las especies existentes en América pueden provocar lesiones secundarias después de curar la lesión primaria. Las lesiones mucocutaneas secundarias afectan a los tejidos nasofaríngeos (espundia), las complicaciones de esta forma clínica pueden ser mortales.

La leishmaniasis visceral se caracteriza por fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, anemia con leucopenia, emaciación y debilidad progresivas. Sin tratamiento, es por lo general una enfermedad mortal. La fiebre es de comienzo gradual o repentino, continua e irregular, a menudo con dos exacerbaciones al día, después se alternan períodos de apirexia y fiebre baja. Pueden observase lesiones dérmicas, maculas eritematosas, purpura o máculas amarillentas exantematoides, después de la curación aparente.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso de leishmaniasis cutánea o mucocutánea:** Paciente con lesiones ulcerosas en piel o mucosas secundarias a picadura de insecto, que procede de zona endémica.

**Caso sospechoso de leishmaniasis visceral:** Paciente que presenta signos compatibles con hepato y esplenomegalia, afectación del estado general y antecedentes de procedencia de zona endémica.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso con confirmación laboratorial.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Frotis de material obtenido de los bordes de las lesiones, para la identificación microscópica de la forma intracelular del parásito.

Cultivo de material de la lesión.

Prueba de intradermorreacción de Montenegro, que es positiva a partir de las 48 a 72 horas.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS 302.

### b) Paciente

Tratamiento de casos de acuerdo a normas con compuestos de antimonio pentavalente.

### c) Ambiente

Estudios entomológicos

Aplicación de insecticidas de acción residual contra flebótomos

# LEPRA
# (ENFERMEDAD DE HANSEN)

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa crónica causada por *Micobacterium leprae,* un microorganismo con supuesta alta infectividad, pero escaso poder patogénico y con predilección por las zonas frías del cuerpo: piel, mucosas y nervios periféricos.

La forma de transmisión no se ha definido con claridad, pero el contacto prolongado entre los enfermos bacilíferos y sanos susceptibles es importante. En las secreciones nasales de paciente lepromatosos no tratados, se eliminan diariamente millones de bacilos.

La infectividad desaparece en la mayoría de los casos, en el término de 3 meses de tratamiento continuo y regular.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

En todos los tipos, las lesiones de la piel y de los nervios periféricos dominan el cuadro inicial. Las manifestaciones varían de un paciente a otro en un espectro continuo que va desde la lepra lepromatosa hasta la tuberculoide.

En la forma lepromatosa los nódulos, las papúlas, máculas e infiltrados difusos son simétricos, bilaterales, numerosos y extensos; el ataque de la mucosa nasal puede causar costras, obstrucción de la respiración epistaxis; son comunes la iritis y la queratitis. En la lepra tuberculoide las lesiones cutáneas son únicas o escasas, con demarcación neta, anestésicas o hipostésicas y asimétricas bilaterales, el ataque de los nervios periféricos tiende a ser relativamente grave. La lepra limítrofe (o dimorfa) tiene características de las dos formas polares (lepromatosa y tuberculoide) y la enfermedad es mas lábil con tendencia a volverse lepromatosa en el individuo no tratado y tuberculoide en el tratado.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Personas con uno o más de las siguientes características:

- Lesiones Cutáneas hipopigmentadas o eritematosas (rojas) con pérdida clara de la sensación.
- Compromiso de los nervios periféricos, demostrado por engrosamiento claro con pérdida de sensación.

**Caso confirmado:** Caso sospechoso confirmado por laboratorio.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Examen bacteriológico de linfa, para encontrar bacilos ácido resistentes.

Prueba intradérmica: lepromino reacción.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS 302.

### b) Paciente

Los casos confirmados deben recibir tratamiento quimioterapéutico con dapsona, rifampicina y clofazimina bajo supervisión de acuerdo a clasificación y normas.

Los casos no requieren aislamiento y pueden ser tratados en forma ambulatoria pero con seguimiento estricto.

### c) Contactos

Todos los contactos deben ser investigados realizando un examen inicial y examen período de las personas en estrecho contacto con el paciente, tanto en su casa como en otros lugares, a intervalos de 6 meses por lo menos durante 5 años después del último contacto con el caso infectante.

# MALARIA

## DEFINICIÓN

Infección producida por protozoarios del género *Plasmodium*, transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles* y caracterizada por episodios paroxísticos de fiebre, escalofríos, y sudoración, provocados por una evolución crónica y recidivante.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Existen formas leve, moderada y grave, que están relacionadas con la intensidad y duración de la fiebre, el nivel de parasitemia, y la intensidad de la anemia.

La forma leve se relaciona con la evolución del paludismo en individuos semi-inmunes, que ya tuvieron episodios palúdicos o en personas con buena respuesta del sistema inmune. En estos enfermos la fiebre no es muy alta, los síntomas generales, si los hay, son discretos y la parasitemia es baja.

La forma moderada es típica de individuos no inmunes, es decir, se presenta en individuos que no han enfermado antes. Se caracteriza por la existencia de paroxísmo febril con períodos de frío, calor y sudor. La temperatura es alta, con aumentos en las crisis. Los síntomas generales son más intensos, con fuerte cefalea. La parasitemia en glóbulos rojos varia del 0.1 al 0.5% y el hematocrito es no menor de 30%.

Las formas graves se observan generalmente en infecciones producidas por *Plasmodium Falciparum*. Se presentan en individuos no inmunes, mujeres embrazadas y niños. El paroxismo febril no es común, el enfermo presenta una fiebre no muy elevada y no se presentan escalofríos ni sudor. La cefalea es fuerte, el vómito frecuente y puede presentar delirio. La parasitemia en los glóbulos rojos alcanza hasta el 2%, la anemia es intensa con marcada reducción de la hemoglobina y el hematocrito es menor del 30%.

Si el enfermo no recibe terapéutica específica y oportuna evoluciona a las siguientes complicaciones: malaria cerebral, malaria pulmonar, lesión renal, alteración hepática y alteraciones sanguíneas.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Persona que reside en área endémica o procede de ésta y que presenta cuadro febril actual o reciente acompañado ó no de manifestaciones clínicas como fríos, sudoración, miálgia o cefálea.

**Caso Confirmado:** Caso sospechoso con confirmación por laboratorio (gota gruesa y extendido sanguíneo ó hemocinta)

Ademas los casos confirmados pueden ser autoctonos o importados.

**Caso Autóctono:** Caso confirmado, cuya transmición ocurrió en la misma jurisdicción geográfica donde fue atendido.

**Caso importado:** Corresponde a un caso confirmado, pero la infección se produjo en un municipio, departamento ó región diferente a donde fue atendido (en general, se considera que el sitio más probable de infección es el lugar donde el paciente estuvo 14 días antes del inicio de la enfermedad).

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso a confirmado en la historia clínica y cuaderno de consulta o internación, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

Los casos sospechosos deben ser investigados con prueba de gota gruesa y recibir tratamiento.

### c) Ambiente

Rociado de viviendas para control químico del vector con rociado residual.

Control físico de los criaderos

Información y educación a la comunidad.

Utilización de mosquiteros impregnados con insecticida.

# PAROTIDITIS

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa aguda que origina una inflamación no supurada de las glándulas parótidas, pero que puede afectar también al mismo tiempo, aunque en forma aislada otras glándulas principalmente las salivales, los testículos, las meninges y el páncreas. Afecta fundamentalmente a los niños y jóvenes. Es producida por un virus de la familia *Paramyxoviridae.*

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Después de un período de incubación de 14 a 24 días, el comienzo se presenta con sensación de escalofrío, cefalea, anorexia, malestar y fiebre baja o moderada que puede durar 12 a 24 horas antes de observarse la afectación de las glándulas salivales. El dolor al masticar o deglutir es el síntomas más precoz de la parotiditis.

Existe una notable sensibilidad a la presión sobre la parótida u otras glándulas salivales, la tumefacción de la glándula alcanza el máximo hasta el segundo día y se asocia a edema tisular que se extiende más allá de la parótida por delante y debajo del oído.

En los pacientes post puberales la enfermedad puede afectar otro órganos ocasionado orquitis, meningoencefalitis, pancreatitis u otras complicaciones.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente con enfermedad febril, malestar general, dolor al masticar y deglutir y/o tumefacción de glándula parótida.

**Caso confirmado:** Paciente sospechoso que hubiera estado en contacto con enfermo confirmado de parotiditis.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

El paciente debe permanecer en reposo, con tratamiento sintomático, la dieta blanda

impide el dolor al masticar. Los analgésicos se pueden usar en la cefalea y el malestar general. Las complicaciones también se tratan en forma sintomática.

**c) Contactos**

Investigación de contactos y de fuente de infección.
Vacunación de contactos susceptibles.

**d) Comunidad**

En caso de epidemia vacunar a personas susceptibles que se hallan en riesgo de exposición.

Búsqueda activa de nuevos casos, monitoreo de cobertura de vacunación y vacunación si estas son bajas.

# SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

## DEFINICIÓN

Síndrome de inmunodeficiencia secundaria causada por un virus, caracterizado por una deficiencia inmunitaria grave que determina infecciones oportunistas, enfermedades malignas y lesiones neurológicas en individuos sin antecedentes previos de anormalidad inmunológica.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Después de la infección con el VIH, entre 2 a 4 semanas después de la infección, algunos pacientes tiene un síndrome vírico inespecífico agudo de 3 a 4 días de duración con fiebre, malestar, exantema, artralgias y linfadenopatia generalizadal La seroconversión se presenta de 1 a 3 meses, los pacientes se vuelven portadores asintomáticos.En la mayoría de los pacientes no existe tal síndrome vírico agudo, y a la infección con el virus le sigue un período asintomático que puede durar años.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Portador asintomático de VIH:** Persona que presenta serología positiva al VIH (ELISA y Wester Blot), sin manifestaciones clínicas de la enfermedad del SIDA.

**Caso sospechoso:** Persona que presenta sintomatología sospechosa de infección VIH con infecciones opotunistas múltiples, perdida de peso, diarreas múltiples, nódulos grisáceos en piel, enfermedades oportunistas a repetición con antecedentes de comportamiento de riesgo o contacto sexual con persona seropositiva al VIH.

**Caso confirmado en personas de 15 a más años:** Persona que presenta inmunodeficiencia con serología positiva al VIH y enfermedades oportunistas asociadas, llegando a un puntaje de 10 en la clasificación de Río Caracas que incluye:

- Sarcoma de Kaposi, tuberculosis pulmonar diseminada o extrapulmonar, cada uno 10 puntos.
- Tuberculosis pulmonar cavitaria, herpes zoster, disfunción del sistema nervioso central, candidiasis oral o leucoplasis vellosa, cada uno 5 puntos.
- Diarrea constante, intermitente por un mes o más, pérdida de peso del 10% o más, astenia mayor a un mes, tos persistente, dermatitis persistente, infiltrado insterticial difuso y/o bilateral en radiografía pulmonar, anemia, linfopenia absoluta y/o trombocitopenia, cada uno 2 puntos.

**Caso confirmado en menores de 15 años:** Todo menor de 12 años que presente positividad al VIH en sangre o cultivo de tejidos, con o sin alteración inmunológica, mas dos signos mayores y dos signos menores:

Signos mayores:

- Pérdida de peso mayor al 10% o crecimiento pondoestatural lento.
- Diarrea crónica de más de un mes.
- Fiebre prolongada de más de un mes

Signos menores:

- Linfadenopatia
- Candidiasis orofaringea
- Infecciones a repetición
- Tos persistente
- Dermatitis generalizada,
- Infección materna por VIH confirmada.

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Test serológicos: Elisa, IFI, Western Blot.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso confirmado al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

Tratamiento específico de las enfermedades oportunistas

Precauciones para sangre y líquidos corporales

Precauciones adecuadas para otras infecciones específicas

Los enfermos no deben donar sangre, plasma, órganos para transplante, ni semen para inseminación artificial.

Desinfección concurrente del equipo contaminado con sangre, excretas y secreciones

### c) Contactos

Control de contactos en casos confirmados

# TÉTANOS

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa caracterizada por espasmos tónicos intermitentes de los músculos voluntarios. El espasmo de los maseteros recibe el nombre de trismo.

Esta causado por una exotoxina tetanospasmina, elaborada por el *Clostridium tetani.* La enfermedad puede aparece tras una herida simple o una herida claramente contaminada, dependiendo de la existencia de un potencial de oxidación-reducción suficientemente bajo en el tejido lesionado.

El período de incubación es de dos a cincuenta días. La enfermedad no confiere inmunidad.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El síntoma más frecuente es la contractura de la mandíbula. Otros síntomas incluyen: dificultad para diglutir, inquietud, irritabilidad, rigidez de nuca, brazos, piernas, cefalea, fiebre, dolor de garganta, escalofríos, y espasmos tónicos. Mas tarde el paciente tiene dificultad para abrir la mandíbula (trismus), el espasmo de los músculos faciales produce la característica risa sardónica. Puede haber rigidez o espasmo abdominal de la nuca y de los músculos de la espalda (opistótonos). El espasmo de esfínteres causa retención urinaria y constipación.

Existe tétanos localizado, con espasticidad de un grupo de músculos cercanos a la herida, pero sin trismo. La espasticidad puede persistir durante semanas.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente con enfermedad de inicio agudo, hipertonia y/o contracciones musculares dolorosas (generalmente de los músculos de cara, cuello y tronco). Puede haber antecedentes lesión o herida (puerta de entrada).

**Caso confirmado:** Caso confirmado por criterio clínico y epidemiológico.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

Estudio del estado vacunal.

Uso de un inmunoglobulina tetánica en dosis de 3000 a 6000 U.I.

Antibióticoterapia metronidazol intravenoso a altas dósis (4 gr/día) de 7 a 14 días , sedantes y relajantes musculares.

**c) Comunidad**

Profilaxis en el tratamiento de heridas.

Vacunación de la población (cada 10 años debe administrase refuerzo).

Educación

# TÉTANOS NEONATAL

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa que se desarrolla por infección del ombligo del recién nacido, causada al seccionar el cordón con instrumentos o aplicación de sustancias contaminadas.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El tétanos neonatal es característico en un recién nacido que en los primeros días lacta y llora adecuadamente, mas tarde muestra dificultad progresiva y luego incapacidad para alimentarse por trismo, rigidez generalizada con espasmos o convulsiones y opistótonos.

El período promedio de incubación de la enfermedad es de 6 días, con límites de 23 a 28 días. En general la tasa de letalidad es muy alta, en aquellos casos con períodos breves de incubación excede el 80%.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Todo recién nacido entre 3 a 28 días que después de haber succionado y llorado normalmente durante los primeros días, presenta imposibilidad de alimentarse.

**Caso confirmado**: Caso sospechoso confirmado por criterio clínico epidemiológico.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS 302.

El personal que realiza la atención debe llenar la ficha de vigilancia epidemiológica y enviar una copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

Se debe iniciar antibióticoterapia metronidazol (10 mg/Kg/día), relajantes musculares y aplicación de antitoxina tetánica.

### c) Comunidad

Realizar actividades intensivas de vacunación en municipios de riesgo (con casos en los últimos cinco años) y que presentan coberturas bajas.

Vacunación de sostenimiento en municipios sin casos en los últimos años y en aquellos caracterizados porque su población migra.

# TUBERCULOSIS

## DEFINICIÓN

Enfermedad social de naturaleza infecto-contagiosa y curable, afecta principalmente a sectores económicamente deprimidos, provocada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch , es curable al 100% con tratamiento estandarizado y supervisado.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Varios signos y síntomas conducen a la sospecha de tuberculosis, los principales síntomas de la enfermedad pueden ser generales (sistémicos): decaimiento, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna, irritabilidad, malestar general y respiratorios: tos, expectoración manchada con sangre, hemoptisis, disnea, dolor en el costado

Si los bacilos infectan por primera vez a un individuo ocurre la "primo-infección", que produce un cuadro clínico leve, generalmente asintomático, a veces produce el complejo primario, visible en las radiografías de tórax acompañado de viraje positivo de la prueba tuberculínica (PPD).

Del total de personas infectadas, aproximadamente en el 10%, podría desarrollarse la enfermedad (5% en los primeros dos años y el otro 5% en el resto de la vida). Para que esto ocurra se requiere la combinación de varios factores y riesgos como: edad, estado nutricional, infecciones intercurrentes, inmunosupresión, VIH/SIDA, diabetes, silicosis y otras causas.

La tuberculosis puede afectar cualquier parte del organismo humano, se presenta como:

**Tuberculosis pulmonar:** Es la forma más frecuente de la enfermedad observándose en el 80% de los casos.

**Tuberculosis extrapulmonar:** Afecta otros órganos fuera de los pulmones, frecuentemente la pleura, los ganglios linfáticos, la columna vertebral, las articulaciones, el tracto genitourinario, el sistema nervioso, etc.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Sintomático respiratorio:** Persona que tose y expectora por más de 2 semanas (15 días).

**Caso de tuberculosis:** Es todo paciente con síntomas de la enfermedad debidos a lesiones provocadas por *M. tuberculosis.*

**Meningitis tuberculosa:** Paciente con signos y síntomas de meningitis, con muestra de líquido cefalorraquideo positiva para *Mycobacterium Tuberculosis.*

**Tuberculosis pulmonar BAAR + nuevo:** Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o lo recibió por un período menor a un mes, con las siguientes pruebas:

- Mínimo 2 baciloscopías de esputo positivas.
- Una sola baciloscopía de esputo positiva más un cultivo positivo.
- Una sola baciloscpía de esputo positiva más una imagen radiológica compatible con tuberculosis pulmonar activa.
- Una sola baciloscopía positiva con contacto con un paciente bacilífero y clínicamente compatible con tuberculosis activa.

**Tuberculosis pulmonar BAAR – nuevo:** Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o lo recibió por un período menor a un mes, con las siguientes pruebas:

- Seriado de esputo negativo pero un cultivo positivo.
- Con 3 a 6 baciloscopías negativas pero con una imagen radiológica compatible de tuberculosis pulmonar activa.

**Tuberculosis extrapulmonar:** Paciente que presenta tuberculosis en otro órgano que no sea el pulmón, documentada ya sea por estudios bacteriológicos, histopatológicos o evidencia clínico radiológica sólida (diagnosticada por médicos especialistas).

**Fracaso terapéutico:** Pacientes que siguen presentando o vuelven a presentar uno baciloscopia positiva a los 5 meses o más de tratamiento.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es enfermedad de notificación semanal, se registra el sintomático respiratorio al momento de la consulta en la historia clínica y cuaderno de consulta. Si se trata de tuberculosis en sus diferentes formas se registra al momento de la confirmación del caso por laboratorio, tanto en la historia clínica como en el cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

### b) Paciente

Tratamiento específico de acuerdo a normas.
Esquema I: Casos nuevos (supervisado) **(2 RHZE / 4 RH).**

**Primera fase:** 52 dosis (2 meses), administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.

**Segunda fase:** 26 dosis (2 mes) de administación diaria (excluyendo domingos) de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.

**Tercera fase:** 65 dosis (5 meses) 3 tomas por semana (lunes, miércoles y viernes) de rifampicina, isionacida y etambutol.
Esquema II: Retratamientos

**(2 RHZSE / 1 RHZE / 5 R3H3E3)**

**Primera fase:** 52 dosis (2 meses) de administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina, isoniacida, pirazinamida, estreptomicina y etambutol.

**Segunda fase:** 26 dosis (1 mes) de administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.

**Tercera fase:** 65 dosis (5 meses) 3 tomas por semana (lunes, miércoles y viernes) de rifampicina, isoniacida y etambutol.

Esquema III: Pediátrico **(2 RHZ / 4RH)**

**Primera fase:** 52 dosis de administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina (jarabe previamente agitado) , o de tabletas de rifampicina asociada a isonaicaida y tabletas de pirazinamida (asegurándose de administrar las dosis correctas).

**Segunda fase:** 104 dosis de administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina e isoniacida.

**Quimiprofilaxis o tratamiento preventivo:** La finalidad de la quimioprofilaxis es evitar la infección en aquellos que no están infectados y el desarrollo de la enfermedad en los sujetos que ya están infectados y que son contactos de casos de TB BAAR (+).

Consiste en la administración de isoniacida a razón de 5 mg/kg (dosis máxima 300 mg.), durante 6 a 12 meses.

**c) Contactos**

Búsqueda de sintomáticos respiratorios para detectar casos.

Control de foco, se realiza cuando se detecta un caso e TBP (+) (caso índice o fuente de infección), examinando a todo los contactos. Los principales contactos de un caso índice son los familiares, los compañeros de trabajo o las amistades más cercanas. También se debe hacer control de foco ante un caso pediátrico, con el objeto de identificar la fuente de infección, que por lo general es un adulto BAAR (+).

Los contactos a priorizar son los niños menores de 6 años, ya que después de la infección pueden desarrollar la enfermedad en los primeros meses.

Vacunación con BCG en recién nacidos lo más cerca posible del parto.

Educación para la salud.

# IV. ENFERMEDADES Y EVENTOS NO INFECCIOSOS DE NOTIFICACIÓN SEMANAL

# ESTADO NUTRICIONAL

## DEFINICIÓN

El estado nutricional se establece a través del la evaluación del crecimiento y desarrollo infantil. El concepto de crecimiento comprende a un conjunto de fenómenos de orden somático, que se expresan en variables de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial, que se comparan a un patrón establecido. Las curvas actuales para monitorear el crecimiento, se establecieron en base patrones de referencia del NCSH (Centro Nacional de Estadística en Salud)

El crecimiento de los niños (as) durante los primeros dos años de vida tiene un aumento rápido, se considera el periodo de mayor vulnerabilidad, debido a los cambios fisiológicos y los cambios en la alimentación (se pasa de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria y posteriormente se produce el destete), por este motivo se analiza la información considerando dos grupos etáreos: menores de 2 años y de 2 a 4 años.

El instrumento para el monitoreo de crecimiento y desarrollo y la clasificación del estado nutrición es el Carnet de Salud Infantil.

La Vigilancia Nutricional permite:

- Vigilar en forma permanente y sistemática el estado nutricional de las poblaciones para tomar decisiones.
- Medir el estado nutricional de poblaciones grandes (prevalencia de desnutrición).
- Plantear intervenciones intersectoriales.
- Evaluar las intervenciones.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Niños y grupo familiar

El contenido del carnet debe ser analizado no solo por los trabajadores de salud, sino también por los padres del niño/a por lo que se ha normado su llenado en doble ejemplar.

El carnet de salud infantil tiene dos secciones, la primera dedicada a captar lo datos sobre:

- La identidad del niño y de los padres y el domicilio.
- La ubicación geográfica del establecimiento y centro de referencia.
- La fecha de la primera consulta y, fecha de vigencia y número de identificación.
- El esquema de vacunación de acuerdo a normas del PAI.
- El registro de administración de vitaminas y minerales de acuerdo a normas.
- El seguimiento de control de crecimiento realizados según fecha y el registro de edad, persona, talla y problemas de salud, nutrición o bucodentales observados.

La segunda sección incorpora los datos de la evaluación de crecimiento y desarrollo permitiendo el registro de la edad y el peso al momento de la consulta, registra:



BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

- El peso al nacer
- La lactancia materna exclusiva
- La duración de la lactancia
- La introducción de la alimentación complementaria.
- El registro del peso y la edad en la curva de crecimiento para la clasificación para el monitoreo de la tendencia de ganancia de peso y la clasificación del estado nutricional.
- El registro de variables de evaluación del desarrollo psicomotriz según etapas.

**b) Notificación**

Se realiza el registro en gráfico de vigilancia de estado nutricional, en el Cuaderno de Control de Crecimiento y Desarrollo, el consolidado de casos atendidos en la semana según clasificación del estado nutricional se registra en el formulario SNIS-302 para su envío al nivel superior.

# INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS

## DEFINICIÓN

Cuadro clínico que se presenta en las primeras 24 horas de la exposición a plaguicidas, caracterizado por manifestaciones clínicas de acuerdo al grupo químico al que pertenecen.

Los plaguicidas son sustancias químicas sintéticas que se utilizan para el control de plagas (insectos, incluyendo los vectores trasmisores de enfermedades, enfermedades de las plantas y malas hierbas).

Se clasifican en insecticias, raticidas, fungicidas, herbicidas, organofosforados, organoclorados, carbamatos, piretroides y piretrinas, entre otros.

Las vías de ingreso son oral, respiratoria dérmica, ocular y transplacentaria.

Las causas de intoxicación puden ser:

**Ocupacional:** Exposición a plaguicidas que se presenta durante los procesos laborales de formulación, almacenamiento, transporte, aplicación y disposición final.

**Accidental:** Exposición a plaguicidas que se presenta de manera no intencional e inesperada, incluye contaminación de los alimentos.

**Intencional:** Exposición a plaguicidas que se produce con el propósito de causar daño. Incluye los intentos de suicidio, los suicidios y los homicidios.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

De acuerdo al tipo de plaguicida, su mecanismo de acción y la vía de ingreso se presentan:

**Organofosforados:** Nauseas vómitos, visión borrosa, miosis, rinorrea, sialorrea, sudoración, debilidad generalizada y convulsiones.

**Organoclorado:** Hiperestesia y parestesias en cara y extremidades, vértigo, incoordinación, temblor y confusión mental.

**Piretroides:** Prurito en la piel (cara, manos, cuello, antebrazos) hipotensión, bradicardia, incoordinación, temblor, vómito, diarrea y debilidad general.

**Clorotalonil:** Enrojecimiento, prurito y dermatitis de contacto. Tos y disfonía .

**Compuestos de cobre:** Irritación de orofaringe, tos, dificultad respiratoria, dolor muscular, enrojecimiento y dolor en el sitio de contacto, necrosis, hematuria, anemia y daño hepático y renal.

**Cumarínicos :** Epistaxis, hemorragia gingival, palidez, petequias y hematomas.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Paciente que presenta una sintomatología compatible con una intoxicación (sistémica o localizada de acuerdo a la descripción clínica segun agente) y/o de la que se sospecha una exposición a plaguicidas (laboral o no laboral).

**Caso confirmado:** Caso en que se establecen al menos dos de los siguientes criterios:

- Antecedente de exposición al tóxico, considerando vías de exposición, el agente, el mecanismo y su relación con el tiempo.
- Signos y síntomas compatibles con intoxicación aguda por plaguicidas según grupo químico.
- Pruebas de laboratorio específica para el diagnóstico.
- En caso de fallecimiento, confirmación por procedimientos médico legales.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es un evento de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización especificando agente químico causal y circunstancia en la que se produjo, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

El personal del establecimiento debe llenar la ficha de vigilancia epidemiológica y enviar copia a la Gerencia de Red.

### b) Paciente

Tratamiento: Medidas generales para desintoxicación y especificas con administración de antídotos.

### c) Comunidad

Se debe establecer alerta ante el conjunto de eventos relacionados con las intoxicaciones por plaguicida, que según criterios epidemiológicos demanden una intervención inmediata, como fallecimientos, intoxicación en mujeres embarazadas o en estado de lactancia, intoxicación en menores de edad, dos ó más casos en una semana en el mismos lugar, dos o mas casos en un día o un caso cada día consecutivo en el mismo lugar.

Situaciones de emergencia donde estén involucrados los plaguicidas tales como fugas, derrames, desastres naturales y otros.

### d) Ambiente

Investigación de la fuente de la sustancia toxica a fin de prevenir nuevos casos.

# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## DEFINICIÓN

Se han seleccionado como problemas de salud sexual y reproductiva objeto de vigilancia, por su carácter prioritario los siguientes :

- Hemorragia de la primera mitad de embarazo
- Hemorragia del parto o puerperio
- Preeclampsia severa / eclampsia
- Embarazo en adolescente
- Cáncer de cuello uterino

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

**Hemorragia de la primera mitad del embarazo:** Expulsión del producto antes de las 22 semanas de gestación debido a:

- Rotura de membranas o pérdida de líquido amniótico.
- Infección ovular.
- Hemorragia profusa.
- Dilatación cervical o contracciones uterinas.

Puede ser completo o incompleto. Los signos clínicos son útero aumentado de volumen (que corresponde al periodo de amenorrea), hemorragia proveniente de cavidad uterina, dolorosa, intermitente, dolor en región abdominal baja, contracciones uterinas, puede haber pérdida de líquido amniótico. Al tacto vaginal se encuentra orificio cervical interno dilatado, membranas íntegras o rotas, es posible tocar partes fetales.

**Hemorragia del parto o puerperio:** Es la pérdida de más de 500 cc de sangre por vagina, después de la salida del feto, hasta 24 horas post-parto. Las causas más frecuentes son: atonía uterina, retención de placenta total o parcial (restos placentarios y de membranas), lesiones del útero, cuello, vagina o periné. Se debe descartar rotura uterina.

Se observa sangre rutilante, roja, brillante, hemorragia mayor a 500 cc que puede ser lenta o brusca, palidez generalizada, baja gradual de presión arterial, pulso acelerado, sudoración, piel húmeda, mareos, nauseas, lipotimia, shock.

**Pre-eclampsia severa /eclampsia:** La pre-eclampsia es la aparición de hipertensión específicamente inducida por el embarazo (presión arterial igual o mayor a 90/140 mm. Hg) mas proteínuria, asociado a edema en miembros inferiores, manos y cara, después de las 20 semanas de gestación, durante el trabajo de parto o el puerperio.

La eclampsia es la complicación final y más grave de la pre-eclampsia, Es la perdida de conciencia seguida de convulsiones recurrentes generalizadas de 20 a 30 segundos de duración.

**Embarazo adolescente:** Se considera embarazo adolescente a toda mujer embarazada menor de 20 años, en quién se deben realizar controles prenatales con mayor frecuencia y

promocionar el parto institucional, por considerarse un factor de riesgo, tanto para la madre como para el producto.

**Cáncer de cuello uterino:** El cáncer de cuello uterino se inicia con la multiplicación anárquica de células con tendencia invasora. Las alteraciones en un alto porcentaje se desarrollan a nivel de la unión escamo-columnar o zona de transformación. Hay evidencia que la acción del Virus del Papiloma Humano tiene un importante rol etiológico, a través de algunas cepas cancerígenas (16,.18, 31 y 45).

En la historia natural del cáncer de cuello uterino este pasa por alteraciones que van desde la lesión intraepitelial (LIE) hasta el cáncer invasor en un período que dura entre 10 a 20 años.

Se considera caso sospechoso:

- Todas las citologías confirmadas como positivas o sospechosas (Papanicolaou positivos).
- Frotis de lesión intraepitelial de bajo grado (displasia leve).
- Frotis de lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, sospecha de carcinoma in situ).
- Frotis sugerente de cáncer invasor.

La confirmación diagnóstica constituye un paso necesario en el estudio de los frotis positivos o sospechosos, realizándose la colposcopia, biopsia dirigida y el examen histopatológico.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Los problemas de salud sexual y reproductiva seleccionados, son objeto de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización, posteriormente para el envío de información semana los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS 302.

En el caso de cáncer de cuello uterino, la notificación se realiza a través de los informes de laboratorio de citología y anatomía patológica.

### b) Paciente

En cada uno de los casos se debe tratar al paciente de acuerdo a las normas específicas.

### c) Comunidad

Acciones educativas para la prevención, control prenatal oportuno y adecuado, y atención del parto institucional.

# VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

## DEFINICIÓN

Se entiende por violencia en la familia (Ley 1674), la agresión física, sexual o psicológica cometida por:

- El cónyuge o conviviente
- Los ascendientes, descendientes hermanos, pariente civiles o afines en línea directa o colateral.
- Los tutores cuidadores, o encargados de la custodia.

Se reconocen las siguientes formas de violencia intrafamiliar:

**Violencia física:** las conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas.

**Violencia psicológica:** las conductas que perturben emocionalmente a la victima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo.

**Violencia sexual:** las conductas o amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El diagnóstico clínico partirá especialmente de una adecuada anamnesis, de la observación del comportamiento de el/la paciente, y de las características de la signo sintomatología física, sexual o psicológica que presenta la persona afectada.

Es frecuente que la persona afectada acuda al servicio de salud solo cuando se produce un hecho a su juicio grave, es decir cuando se produce una agresión violenta, momento en el cual no solo presenta lesiones físicas, sino también una perturbación emocional severa.

## DEFINICIÓN DE CASO

**Caso sospechoso:** Toda persona de sexo masculino o femenino, que presente lesiones físicas, sexuales, o psicológicas que sean compatibles con el síndrome de maltrato o desorden de estrés post traumático.

**Caso confirmado:** Toda persona que presente los signos y síntomas descritos como caso sospechoso, además de haber sido referida por una unidad policial y portar una referencia y/o contrarreferencia confirmando el problema de violencia intrafamiliar.

## ACTIVIDADES DE NOTIFICACIÓN Y CONTROL

### a) Notificación

Es un problema de notificación semanal, se registra el caso al momento de la consulta o internación en la historia clínica y cuaderno de consulta u hospitalización especificando el daño y tipo de violencia, posteriormente para el envío de información semanal los datos se registran de manera consolidada en el formulario SNIS-302.

El personal de salud debe llenar la ficha de vigilancia epidemiológica y enviar una copia a la Gerencia de Red, además llenar en caso necesario el formulario de referencia y contrarreferencia que permite coordinar acciones con otros sectores responsables de atender el problema y apoyar a el/la paciente.

### b) Paciente

Tratamiento adecuado de las lesione físicas

Tratamiento adecuado a las necesidades emocionales.

Referencia oportuna a otros niveles de complejidad o servicios de apoyo legal o social.

### c) Comunidad

Educación comunitaria para la prevención y denuncia de casos

# V. ANEXOS

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# Ficha de Epidemiológica de Sarampión / Rubéola

Llena esta ficha para: Toda persona en quién un trabajador de salud sospeche infección por Sarampión o Rubeola

Rubeola
Clasificación Inicial: Sarampión ☐ Rubéola ☐

## A. IDENTIFICACIÓN:

Nombre ..... Caso N° .....

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Edad: ☐ Año ☐ Meses Fecha Nac: ..../..../....

Departamento: ..... Municipio: ..... Localidad: .....

Dirección: ..... Nombre de la Madre: .....

Fecha de notificación: ..../..../.... Fecha de consulta: ..../..../.... Fecha de visita domiciliaria: ..../..../....

Fuente de notificación Público ☐ Privado ☐ Laboratorio ☐ Comunidad ☐ B. Activa ☐ Contacto Sospechoso ☐ Otros ☐

| Vacunas | N° de Dosis | Fecha ultima dosis | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contra Sarampión: | ☐ | ..../..../.... | Carnet SI ☐ | NO ☐ | IGN ☐ |
| Contra Rubéola | ☐ | ..../..../.... | Carnet SI ☐ | NO ☐ | IGN ☐ |

## B. Datos Clinicos

ERUPCIÓN Fecha de inicio ..../..../.... Duración días .....

Sitio de inicio: Retroarticular ☐ Cara ☐ Cuello ☐ Torax ☐ Otro ☐ Especifique .....

Tipo: Máculo papular ☐ Vesicular ☐ Otro ☐ Especifique .....

**FIEBRE:** SI ☐ NO ☐ IGN ☐ Fecha de inicio ..../..../....

**TOS:** SI ☐ NO ☐ IGN ☐ CORIZA SI ☐ NO ☐ IGN ☐ CONJUNTIVITIS SI ☐ NO ☐ IGN ☐

NOD. LINF: SI ☐ NO ☐ IGN ☐ M KOPLIK SI ☐ NO ☐ IGN ☐ ARTRALGIA/ITIS SI ☐ NO ☐ IGN ☐

Embarazada: SI ☐ NO ☐ N° Semanas ..... Sitio del parto .....

Hospitalizado SI ☐ NO ☐ Nombre del Hospital: .....

Defunción SI ☐ NO ☐ Fecha de Defunción: ..../..../....

## C. Datos de Laboratorio Tome una muestra de sangre al primer contacto con el caso*

Tome una muestra apropiada de cada brote para aislamiento viral: Orina para Sarampión, Naso- Faringo para Rubéola.

| Muestras | Fecha de Toma* | Laboratorio | Recibida en Lab. | Prueba | Para | Resultados | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Suero | ..../..../.... | ..... | ..../..../.... | ☐☐☐ | ☐☐☐ | Pos ☐ Neg ☐ Pend ☐ | ..../..../.... |
| Orina (SAR) | ..../..../.... | ..... | ..../..../.... | ☐ | ☐ | Pos ☐ Neg ☐ Pend ☐ | ..../..../.... |
| Nasofaringeo *(RUB)* | ..../..../.... | ..... | ..../..../.... | ☐ | ☐ | Pos ☐ Neg ☐ Pend ☐ | ..../..../.... |

Códigos :Prueba I =IGM Captura 2= IGM Indirecta 3=Aislamiento Para: S=Sarampión R= Rubéola D= dengue O= Otro

*Si la paciente está embarazada la primera muestra de sangre es negativa para Rubéola, tome una segunda muestra de sangre 10-14 días más tarde para IGM

## D. Posible Fuente de Infección

Tuvo contacto con otro caso sospechoso de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción SI ☐ NO ☐ IGN ☐

Hubo algún caso sospechoso de Sarampión/Rubéola en el Área de Salud antes de este caso ? SI ☐ NO ☐ IGN ☐

Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción ? Dónde: ..... SI ☐ NO ☐ IGN ☐

Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas? SI ☐ NO ☐ IGN ☐

## E.Clasificación Final

Sarampión ☐ Rubéola ☐ Dengue ☐ Reacción vacunal ☐ Otro ☐ Especifique ..... Desconocido ☐

Conformado por: Laboratorio ☐ Nexo epidemiológico ☐ Diagnóstico clínico ☐

Importado: SI ☐ NO ☐ IGN ☐ De ..... Fecha de Diagnóstico o clasificación final: ..../..../....

## Investigador

Nombre: ..... Cargo: .....

Firma: ..... Fecha de investigación ..../..../....

Observaciones: .....

## Tabla de censo domiciliario para investigación de casos sospechosos de sarampión y sus contactos, Bolivia

(Llegar en el domicilio y/o lugar de trabajo o estudio de los casos de sarampión)

Fecha de investigación: ___ Día ___ Mes ___ Año  Investigadores responsables: _____

Residencia o institución investigativa _____ Barrio o área _____

| Nombres | Edad (A=Años M= Meses) | Sexo(M=Masculino F = Femenino) | Fecha: Última vacuna contra el sarampion | Caso sospechoso de sarampión (Si/No)... | Si es sospechoso Fecha: de la erupción | Si es sospechoso Muestra tomada (Suero, orina, ninguna) | resultado de laboratorio cuando esté disponible (SVNo) | Si es sospechoso: Lugares donde estuvo dos semanas (7 - 18 años) antes del comienzo de la erupción (alli pudo hacerse Infectado) | Fecha (s): En que se investigaron esos lugares | Si es sospechoso: Lugares donde, estuvo desde el comienso de los primeros sintomas hasta 4 días despues del exantema (alli pudo haber infectado a otras personas) | Fecha (s): En que se investigaron esos lugares | Observaciones, comentarios (anotar también si halló contacto con personas que vinieron de otros lugares) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

| |
|---|
| CASO N°: |
| SEDES: |
| RED DE SERVICIO: |
| ESTABLECIMIENTO: |

## FICHA EPIDEMIOLOGICA DE TOS FERINA

Los casos notificados deben reunir al menos los siguientes criterios:

1. Tos severa en paroxismo, seguida de silbido inspiratorio o de periodos de apnea o cianosis
2. Cualquiera de los siguientes: Hemorragia subconjuntival, exposición a otro caso en las 2 - 4 semanas previas, epidemias de coqueluche en la zona, enfocitosis (> 15.000 x mm )
3. Cualquier caso en que USTED crea que puede ser Coqueluche, o se aisle B Pertusis.

**INFORMACION GENERAL**

Nombre del paciente: .....

Sexo M..... F..... Edad ..... Años ..... Meses: .....

Nombre del respnsable (s) del paciente: .....

Domicilio actual: .....

Procedencia: .....

Mapa o croquis del Sitio ( dibujar en el reverso)

**II.- INFORMACION DEL CASO**

Caso fue notificado por: nombre: .....

Institución:.....

Cargo y dirección:.....

| FECHAS | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| Notificación | ..... | ..... | ..... |
| Investigación | ..... | ..... | ..... |
| Inicio de enfermedad | ..... | ..... | ..... |
| Hospitalización | ..... | ..... | ..... |
| Fallecimiento | ..... | ..... | ..... |
| Alta: | ..... | ..... | ..... |

Historia de vacunas DPT? ,DT?, dT o PENTAVALENTE?

N° de dosis recibidas .....

Fecha de la última dosis día ..... mes ..... año.....

Establecimiento o sitio donde fúe vacunado:

.....

Verificado con carnet: SI NO

**III.- INFORMACION CLINICA** CASO N°.....

Establec. Que atendio el caso:..... H.Cl. N°.....

| SIGNOS /SINTOMAS | SI | NO | IGN |
|---|---|---|---|
| Tos paroxistica | ..... | ..... | ..... |
| Silvido inspiratorio | ..... | ..... | ..... |
| Apnea | ..... | ..... | ..... |
| Cianosis | ..... | ..... | ..... |
| Hemorr. Subconjuntiva | ..... | ..... | ..... |
| Fiebre | ..... | ..... | ..... |
| Vómitos | ..... | ..... | ..... |

| COMPLICACIONES: | SI | NO |
|---|---|---|
| Convulciones: | ..... | ..... |
| Bronconeomonia | ..... | ..... |
| Encefalopatia | ..... | ..... |

Otras .....

.....

Causas del fallecimiento .....

.....

**IV.- INFORMACION EPIDEMIOLOGICA Y MEDIDAS DE CONTROL**

Si es posible anote la fuente de contagio: (otro caso semejante)

Nombre:..... Edad .....

Dirección .....

Vacunado..... N° de dosis ..... Verificado con carnet: SI..... NO .....

**CONTACTOS DEL CASO** Especifique si es DPT,DT,dT o PENTAVALENTE

| Nombres | Edad | Dirección | N° de dosis previas | Fecha de última dosis | vacunado en esta investigación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Encontro otros casos en la comunidad:..... Cuantos?..... Les hizo fichas?.....

**LABORATORIO**

Cultivo de:..... Otros examenes:.....

Emviado al laboratorio ..... Nombre del laboratorio .....

Resultado..... De fecha .....

Comentario .....

Nombre del investigador que completó la ficha .....

Cargo ..... Fecha .....

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

| |
|---|
| CASO Nº : |
| SEDES: |
| Municipio: |
| Red de Servicio: |
| Establecimiento: |

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE DIFTERIA

Los casos notificados deben reunir al menos los siguientes criterios

**Casos Sospechosos.-** Clínicamente: Toda persona que presente cuadro de infección de orofaringe, con formación de pseudomembranas adherentes en amígdalas. faringe, compromiso del estado general con fiebre moderada, obstrucción de vías respiratorias .
**Caso confirmado por laboratorio:** Aislamiento de *Corynebacterium diphteriae* en examen bacteriológico de lesiones

**I - INFORMACION GENERAL:**
Nombre del paciente:_____
Sexo: M_____ F_____ Edad: Años:_____ Meses:_____
Nombre del responsable(s) del paciente: _____
Domicilio actual:_____
Procedencia:_____
Mapa o croquis del sitio del caso (Dibujar en el reverso)

**II - INFORMACION DEL CASO:**
Caso fue notificado por: Nombre_____
Institución:_____
Cargo y dirección_____

| **FECHAS:** | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| Notificación: | | | |
| Investigación: | | | |
| Inicio de enfermedad: | | | |
| Hospitalización: | | | |
| Fallecimiento: | | | |
| Alta: | | | |

**Historia de vacunas DPT ? DT ?, dT ? o PENTAVALENTE?**
Nº de dosis recibidas: _____
Fecha de última dosis: día_____ mes____año

Establecimiento o sitio donde fue vacunado:
_____
Verificado con carnet: Si_____ No_____

**III - INFORMACION CLINICA** CASO Nº
Establec. Que atendió el caso:_____H.Cl. Nº_____

| SIGNOS/SINTOMAS | Si | No | IGN |
|---|---|---|---|
| Faringitis | | | |
| Nasofaringitis | | | |
| Laringitis | | | |
| Pseudomembrana | | | |
| Dificultad respiratoria | | | |
| Edema cervical | | | |
| Linfadentitis cervical | | | |

| COMPLICACIONES: | Si | No |
|---|---|---|
| Miocarditis | | |
| Neuritis | | |

Otras:_____
_____
Causa de fallecimiento:_____
_____

**IV. IFORMACION EPIDEMIOLOGICA Y MEDIDAS DE CONTROL.**
**Si es posible, anote la fuente de contagio: (otro caso semejante)**
Nombre:_____Edad:_____
Dirección:_____
Vacunado: SI_____NO_____ Nº de dosis:_____ Verificado con carnet: SI_____NO_____

**CONTACTOS DEL CASO:** Especifique si es DPT, DT, dT o Pentavalente

| Nombres | Edad | Dirección | Nº de dosis previas | Fecha de última dosis | Vacunado en ésta investigación SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Encontro otros casos en la comunidad? _____ Cuantos ? _____ Tiene fichas ? _____

**LABORATORIO**
Cultivo de : _____ Faringe _____ Naríz _____ Herida _____ Ulcera cutánea
Enviado al laboratorio en fecha:_____Nombre del laboratorio:_____
Resultado:_____ De fecha; _____ _____ _____
Comentario:_____
Nombre del investigador que completó la ficha:_____
Cargo:_____ Fecha: _____ _____ _____

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

CASO Nº:

# FICHA DE EPIDEMIOLÓGICA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

**1. IDENTIFICACION DEL CASO:**

SEDES: _____ Provincia: _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Red de Servicio: _____ Area: _____

**2.DATOS GENERALES**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____

Domicilio Actual: _____

Croquis para la ubicación del domicilio

| FECHAS: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Inicio de parálisis: | | | |
| Consulta o ingreso: | | | |
| Notificación: | | | |
| Investigación: | | | |
| Defunción: | | | |
| Seguimiento: | | | |

N° de dosis OPV: _____

Fecha de última dosis

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| | | |

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

Clasificación provisional del caso: Probable: _____ Descartado: _____

**3. DATOS DE LA NOTIFICACION**

Personal que notificó el caso: _____

Nombre y dirección de la Institucion: _____ Telef.: _____

**4. INFORMACIÓN CLINICA DEL CASO:**

| A) PRODROMOS : | SI | NO | DESC | | SI | NO | DESC. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre : | | | | Dolor de cebeza | | | |
| Dolor de garganta : | | | | Rigidez de nuca | | | |
| Coriza: | | | | Kerning | | | |
| Tos: | | | | Brudzinski | | | |
| Diarrea : | | | | Babiniski | | | |
| Estreñimiento: | | | | Dolor muscular | | | |
| Vómitos: | | | | | | | |

**B) DATOS DE LA PARALISIS:**

Fiebre al inicio: SI ____ NO ____ DESC. ____

Simétrica: SI ____ NO ____ DESC. ____

Instalación en días: _____ (desde que comenzó hasta que dejó de progresar)

Progresión: _____ Ascendentes _____ Descendente _____

Asc/descen: _____ Desconocida _____

Pares afectados: SI ____ NO ____ DESC. ____

Si la respuesta fué SI, anote los pares afectados:

_____ _____ _____ _____

Musculos respiratorios afectados: SI ____ NO ____ DESC. ____

| | PARALISIS | |
|---|---|---|
| | Proximal | Distal |
| Miembro Superior Derecho | | |
| Miembro Superior Izquierdo | | |
| Miembro Inferior Derecho | | |
| Miembro inferior Izquierdo | | |

(marque con una "X" los lugares afectados)

| | SENSIBILIDAD | PARESTESIA | REFLEJOS |
|---|---|---|---|
| | Aum / Dism / Ause / Norm | SI / NO | Aum / Dism / Ause / Norm |
| MS Der. | | | |
| MS Izq. | | | |
| MI Der. | | | |
| MI Izq. | | | |

(marque con una "X")

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:

DESCRIPCIÓN NEUROLOGICA DE LA FACE AGUDA:

Realizada por: Nombre: _____ Fecha: _____

Neurólogo: SI_____ NO_____

Las secciones siguientes sólo debe llenarse si se trata de casos PROBABLES.

5. HISTORIA DE VIAJES Y CONTACTOS:

Indique todos los lugares (fuera del pueblo / ciudad actual) visitados por el paciente hasta 30 días antes de comienzo de la parálisis / parestesias.

| LOCALIDAD | DIRECCION | PERSONA VISITADA | FECHA DE VISITA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. DESCRIPCCION SINTETICA DE LA VISITA AL DOMICILIO Y A LA COMUNIDAD DEL CASO:

7. DATOS DE LABORATORIO:

| | FECHAS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Muestra heces | De toma | Envio a nivel central | Recibido en N. Cen. | Envio a Malbran | Resultado | Aislamiento |
| N° 1 | | | | | | |
| N° 2 | | | | | | |

OTROS EXAMENES DE LABORATORIO: (LCR, V. Conducción, Rayos X, etc.)

(Anotar fecha y resultados)

2

INFORMACIÓN DE CONTACTOS

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Domicilio | | | | | |
| No. vacunas OPV | | | | | |
| Ultima vacuna | | | | | |
| Fecha toma muestra | | | | | |
| Envio a nivel central L.P. | | | | | |
| Recibio en N. Central | | | | | |
| Embio a Malbran | | | | | |
| Fecha resultado | | | | | |
| Aislamiento | | | | | |

(Número los contactos en el croquis de la pagina N°1)

9 MEDIDAS DE CONTROL:

| | | | DOSIS DE OPV | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Fecha | Casas Visitadas | Menores 5 Años | Mayores 5 a 15 Años | TOTAL |
| Barrido 1 | | | | | |
| Barrido 2 | | | | | |

Se hizo búsqueda activa? SI _____ NO _____

N° de casos con secuelas encontradas _____

N° de casos con secuelas polio compatibles _____

Fechas de inicio más recientes casos con secuelas compatibles con polio: _____

10.- SEGUIMIENTO DEL CASO:

Fecha de revisita: _____ Fue antes de 70 días SI _____ NO _____

Había parálisis polio compatible SI _____ NO _____ DES. _____

DESCRIBA:

Habia atrofia? SI NO DESC.

DESCRIBA:

Vista por neurólogo en revisita: SI _____ NO _____ Nombre: _____

investigador

11.- CLASIFICACION FINAL DEL CASO

_____ DESCARTADO (NO POLIO)

_____ CONFIRMADO VACUNA ASOCIADO

_____ POLIO COMPATIBLE

Diagnóstico: _____

Virus tipo: _____

Virus tipo: _____

_____ Parálisis residual

_____ Muerte

_____ Pérdida al seguimiento

Lugar: _____ Fecha: _____ _____ _____

RESPONSABLES:

Investigador _____ Firma: _____

cargo: _____ Firma: _____

Cordinador de la Vigilancia _____ Firma: _____

Neurólogo _____

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE FIEBRE AMARILLA

Departamento: ..... Nº .....

Nombre: ..... Edad ..... SEXO: Masculino ☐ Femenino ☐

Ocupación: ..... Procedencia ..... Depto: ..... Municipo .....

Domicilio Actual (donde vive ahora) .....

Tiempo de Residencia Actual ☐ Lugar probable de Infección (Localidad Municipio) .....

Donde estuvo hace 15 días antes de enfermar ..... Es area endémica Si ☐ NO ☐

Municipio ..... Localidad .....

Dirección (Croquis reverso)

---

Fecha de notificación ...../...../..... Fecha Visita Domiciliaria ...../...../.....

Fecha de Inicio de la Enfermedad ...../...../..... Fecha de captación del caso ...../...../.....

En: (Consulta, Busqueda) H ☐ CSH ☐ CS ☐ PS ☐ Otros ☐ ..... Busqueda Activa SI ☐ NO ☐

Hospitalización SI ☐ NO ☐ Nombre del Establecimiento ..... Fecha ...../...../.....

Dirección .....

Estado actual del enfermo: Restablecido ☐ Aun enfermo ☐ Fallecido ☐

Vacunado: SI ☐ NO ☐ No sabe ☐ En caso de ser vacunado: Fecha ...../...../..... Lugar .....

---

CLINICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. FIEBRE | ☐ | 6. VOMITOS | ☐ |
| 2. ICTERICIA | ☐ | 7. CEFALEA | ☐ |
| 3. MIALGIAS | ☐ | 8. OLIGURIA | ☐ |
| 4. DOLOR ABDOMINAL | ☐ | 9. ESCALOFRIOS | ☐ |
| 5. NAUSEAS | ☐ | 10. MELENA | ☐ |

---

DIAGNOSTICO LABORATORIAL

SUERO

Fecha de Toma ...../...../..... Fecha de Recepción ...../...../..... Fecha de Resultado ...../...../..... Resultado .....

SANGRE ( PCR)

Fecha de Tema ...../...../..... Fecha de Recepción ...../...../..... Fecha de resultado ...../...../..... Resultado .....

MUESTRA HEPATICA

Fecha de Toma ...../...../..... Fecha de Recepción ...../...../..... Fecha de Resultado ...../...../..... Resultado .....

Se hizo investigación de Contactos SI ☐ NO ☐ Donde: .....

Que conducta se tomó .....

.....

---

Investigador: ..... Cargo ..... Fecha ...../...../..... Firma .....

DIAGNOSTICO DEFINIDO: CONFIRMADO DESCARTADO

COMENTARIOS: .....

.....

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

## FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA CASO SOSPECHOSO DE DENGUE HEMORRÁGICO

**Definiciones de caso**

*Caso sospechoso de dengue* : Paciente con fiebre de 2 a 7 de evolución y que presenta dos ó más de las siguientes manifestaciones clínicas: Cefalea, dolor retro-orbital, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestación hemorrágica ó leucopenia.

*Caso confirmado de dengue* : Caso sospechoso de dengue con serología positiva, identificación viral ó nexo epidemiológico con un caso ya confirmado de dengue.

*Caso sospechoso de dengue hemorrágico* : Caso sospechoso de dengue que cumple con uno ó más de los siguientes tres criterios:

1. Prueba de torniquete (lazo) positiva ó alguna manifestación hemorrágica
2. Algún signo de aumento de la permeabilidad vascular (aumento del hematocrito en 20% ó más; derrame de líquido en cavidad; hipoalbuminemia)
3. Trombocitopenia (plaquetopenia con recuento igual ó menor a 100 000 x $mm^3$)

*Caso confirmado de dengue hemorrágico* : Caso sospechoso de dengue hemorrágico, en el que se verifica el cumplimiento de los tres criterios anteriores y que además se confirma mediante serología positiva, identificación viral ó nexo epidemiológico con un caso ya confirmado de dengue.

**Nota:** La sospecha de dengue hemorrágico es de notificación inmediata con los datos básicos, copia de esta ficha debe enviarse en forma oportuna a los niveles superiores del sistema de salud, luego de su llenado completo y siguiendo el flujo establecido por el SNIS – Vigilancia. Los casos de dengue son de notificación semanal y no requieren llenado de ninguna ficha epidemiológica, pero deben ser investigados y sujetos a todas las intervenciones de vigilancia y control establecidas.

### UBICACIÓN DEL CASO

SEDES: ..... Red de salud: .....

Provincia: ..... Establecimiento de salud.....

Municipio: ..... Urbano: ..... Rural:.....

Localidad: ..... Fecha de notificación del caso: ...../...../.....

día mes año

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido:..... Edad: .....

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Dirección actual (Localidad, Sector ó Barrio, Nro de casa):.....

Lugares visitados en los últimos 15 días antes de iniciar la enfermedad:.....

Ha sido vacunado para la fiebre amarilla: Si: ( ) No: ( )

Existen en su lugar de vivienda otros enfermos con igual sintomatología: Si: ( ) No: ( )

Ha enfermado antes de dengue: Si ( ) no ( ) Fecha: mes: .....año: .....

### MANIFESTACIONES Y DATOS DE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha de inicio de síntomas: ...../...../.....

día mes año

Fue hospitalizado: Si: ( ) No: ( ) Diagnostico: ..... Fecha: ...../...../...../

| Signos y síntomas | Si | No |
|---|---|---|
| Fiebre > 38° C | | |
| Cefalea | | |
| Mialgias | | |
| Artralgias | | |
| Dolor retrocular | | |
| Hemorragias | | |
| Erupción cutánea | | |
| Vómitos | | |
| Dolor abdominal | | |

| | Si | No |
|---|---|---|
| Prueba del torniquete (lazo) positiva | | |
| Sudoración | | |
| Piel fría ó hipotermia | | |
| Pulso débil | | |
| Hipotensión | | |
| Agitación ó somnolencia | | |
| Derrame en cavidades | | |

Trombocitopenia (Plaquetopenia con recuento igual ó menor a 100 000 x $mm^3$): Si: ( ) No: ( )

Hemoconcentración (Hematocrito aumentado en 20% ó más): Si: ( ) No: ( )

Hipoalbuminemia: Si: ( ) No: ( )

### DATOS DE LABORATORIO VIROLÓGICO

Fecha de envío de muestras al laboratorio: ...../...../.....

Serología: Positiva ( ) Negativa ( )

Identificación viral: Positiva ( ) Negativa ( )

Serotipo: .....

### DIAGNÓSTICO FINAL

Dengue hemorrágico: Confirmado ( ) Descartado ( )

Estado actual del paciente: Restablecido ( ) Fallecido ( ); Si falleció, fecha: ...../...../.....

Observaciones: .....

.....

Persona que llena la ficha: ..... Cargo: ..... .....

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HANTA VIRUS

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD _____ ESTABLECIMENTO _____ MUNICIPIO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: M:( ) F:( )

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: _____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO: _____

LUGAR DE RESIDENCIA EN LOS ULTIMOS MESES: _____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO: _____

LUGAR PROBABLE DE INFECCION: _____

OCUPACIÓN: _____ FECHA DE NOTIFICACION DEL CASO: ___/___/___

III FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: _____

HOSPITALIZADO SI ( ) NO ( ) HOSPITAL: _____ FECHA HOSPITALIZACION: ___/___/___

IV MANIFESTACIONES CLINICAS

| | | MARCA CON UNA "x" EVALUACION / DIAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 6 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| FIEBRE | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| ESCALOFIOS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| NAUSEAS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| CEFALEA (DOLOR DE CABEZA) | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| VOMITO | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| DOLOR ABDOMINAL | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| DIARREA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| TOS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| DISNEA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| TAQUIPNEA(RITMO ACELERADO) | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| MAREOS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| ARTRALGIA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| DORSALGIA(DOLOR DE ESPALDA) | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| INFECIÓN CONJUNTIVAL(OJOS ROJOS) | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| DOLOR ARTICULAR O MUSCULAR | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| OTERICIA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| HEMORRAGIAS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| • PETEQUIAS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| • SUBCONJUNTIVAL | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| • HEMATURIA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| PROTEINURIA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| LEUCOCITOSIS | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| PLAQUETOPENIA | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |
| OTROS SIGNOS Y SINTOMAS: | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | | |

V ESTUVO EN CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE SI( ) NO( )

NOMBRES Y APELLIDOS _____ EDAD _____ RESIDENCIA ACTUAL _____

VI PRESENCIA DE ROEDORES EN EL LUGAR PROBABLE DE CONTAGIO SI( ) NO ( ) OBSERVACIONES

VII LABORATORIO

METODO MAC ELISA SI ( ) NO( ) FECHA DE TOMA DE MUESTRA ___/___/___ FECHA DE RESULTADO ___/___/___

VII EN CASO DE DEFUNCION SE HIZO AUTOPSIA SI ( ) NO( ) RESULTADO

ESTADO DEL PACIENTE RESTABLECIDO ( ) AUN ENFERMO ( ) FALLECIDO

NOMBRE DEL NOTIFICANTE FECHA DE NOTIFICACION ___/___/___

FIRMA FECHA SELLO

Ministerio de Salud y Deportes

## Ficha epidemiológica de Fiebre Hemorrágica Boliviana

Caso No ☐☐☐

| | |
|---|---|
| Dirección Departamental de Salud | |
| Municipio | Establecimiento de Salud |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | Ocupación | Sexo ◯ fem. ◯ masc. | Edad ☐ años ☐ meses |

Procedencia del caso

| | |
|---|---|
| Dirección | Localidad |
| Municipio | Departamento |

Fecha de Notificación

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Persona que notificó

Características clínicas

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre mayor a 38° c | ☐ Si | ☐ No | Petequias | ☐ Si | ☐ No |
| Gingivorragia | ☐ Si | ☐ No | Hematuria | ☐ Si | ☐ No |
| Epistaxis | ☐ Si | ☐ No | Melena | ☐ Si | ☐ No |
| Hemorragia Subconjuntival | ☐ Si | ☐ No | Hematemesis | ☐ Si | ☐ No |
| Hipotension arterial | ☐ Si | ☐ No | Temblores | ☐ Si | ☐ No |
| Disatria | ☐ Si | ☐ No | Proteinuria | ☐ Si | ☐ No |
| Hipersensibilidad | ☐ Si | ☐ No | Icterisia | ☐ Si | ☐ No |

Leucopenia número de globulos blancos por _____ milímetro cubico

Plaquetopinia número de plaquetas por _____ milímetro cúbico

Otros síntomas: _____

Fecha 1ros. síntomas

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Fecha de defunción

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Estado actual del paciente

Restablecido ◯

Aún enfermo ◯

Fallecido ◯

Hospitalización ◯ Si ◯ No

Nombre del hospital: _____

Fecha hospitalización

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Fecha de alta

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

## Antecedentes Epidemiológicos

Estuvo en contacto con otras personas enfermas durante los 21 días antes del inicio de los síntomas ◯ Si ◯ No

Nombre (s) y dirección (s) de las personas enfermas

| Nombre y Apellidos | Dirección |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

## Laboratorio

Se tomó alguna muestra ◯ Si ◯ No

| Tipo de muestra | Fecha de Toma de Muestra | Fecha de Envío | Fecha de Lectura | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Sangre | | | | |
| Suero | | | | |
| Anatomía Patológica | | | | |
| Otros | | | | |

Adjuntar informe de laboratorio

Resultado de la investigación: Confirmado ◯ Descartado ◯

| Nombre del Investigador | Firma | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Ministerio de Salud y Deportes**

# Ficha Epidemiologica de Peste

| Dirección Departamental de Salud | |
|---|---|
| Municipo | Establecimiento de Salud |

| Nombre | Sexo ◯ fem. ◯ masc. | Edad ☐ años ☐ meses |
|---|---|---|

Procedencia del caso

| Dirección | Localidad |
|---|---|
| Municipio | Departamental |

Fecha de Notificación

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Persona que notificó

Caracteristicas clínicas

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre | ☐ SI | ☐ No | Amigdalitis | ☐ SI | ☐ No |
| Pulso acelerado e Irregular | ☐ SI | ☐ No | Bubones(ganglios dolorosos) | ☐ SI | ☐ No |
| Marcha Tambaleante | ☐ Si | ☐ No | Delirio | ☐ SI | ☐ No |
| Hemorragias petequiales | ☐ SI | ☐ No | Shock | ☐ SI | ☐ No |

Otros Sintomas: _____

Fecha 1ros. sintomas

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Fecha de defunción

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Hospitalización ◯ SI ◯ No

Nombre del hospital: _____

Fecha hospitalisación

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

Fecha de alta

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| | | |

## Antecedentes Epidemiológicos

Estuvo en el monte 6 días antes de presentar los primeros síntomas ◯ SI ◯ No

Permanecio en el monte más de dos días seguidos ◯ SI ◯ No Cuantos días ☐☐

Motivo de su presencia en el monte: _____

Lugares que visito: _____

Estuvo en contacto con otras personas enfermas de peste 6 días antes del Inicio de los síntomas ◯ SI ◯ No

Nombre(s) y dirección(s) de las personas enfermas

| Nombre y Apellidos | Dirección |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

## Laboratorio

Se tomó alguna muestra ◯ SI ◯ No

| Tipo de muestra | Fecha de Toma de Muestra | Fecha de envio | Fecha de lectura | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Puncíón de bubones | | | | |
| Esputo | | | | |
| Secreción faringea | | | | |
| Material de Autopsia | | | | |
| Suero | | | | |

Adjuntar Informe de laboratorio

| Nombre del Investigador | Firma | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE MENINGITIS BACTERIANA

SEDES _____ HOSPITAL: _____

No. Historia Clínica _____ Fecha: ___ / ___ / ___

## DATOS GENERALES

Nombre Completo: _____

Dirección: (incluyendo barrio, municipio y departamento): _____

Peso: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: _____

Antecedente Vacunal:

No. dósis Hib: _____ Fecha de Ultima dosis: ___ / ___ / ___

## INFORMACION CLINICA

Frecuencia respiratoria por minuto: _____ Tos: _____ Fiebre: _____ °C

Tiraje Subcostal: _____ Cefalea: _____ Fontanela abombada: _____

Rigidez de nuca: _____ Cambios estado mental: _____ Convulsiones: _____

Petequias: _____ Otros (especifique): _____

**Fecha de inicio del Primer Síntoma** ___ / ___ / ___

Uso de Antibióticos Previos (menos de 14 días antes): SI _____ NO _____ Cual? _____

Existe una Enfermedad Base?: _____ Cual? _____

## INFORMACION DE LABORATORIO

Fecha de toma de Esputo: ___ / ___ / ___

Hemocultivo: SI _____ NO _____ Fecha de toma : ___ / ___ / ___

Liquido de derrame: SI _____ NO _____ Fecha de toma : ___ / ___ / ___

LCR: SI _____ NO _____ Fecha de toma : ___ / ___ / ___

**Resultado de la muestra de LCR:**

ASPECTO: Claro _____ Tubio: _____ Sanquinolento: _____ Desconocido: _____

Gramm: _____ Proteinas: _____ mg/dl Glucosa: _____ mg/dl

IDENTIFICACIÓN DE BACTERIA: Fecha de resultados : ___ / ___ / ___

| | Por cultivo | Serotipo | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Haemophilus influenza: | | b | | No b | | Otro | |
| Streptococcus noneumoninae: | | b | | No b | | Otro | |

**Resultado sensibilidad antimicrobiana:**

Sensible a: _____ Resistente a: _____

## EVOLUCION

Fecha de Egreso: ___ / ___ / ___ Condición al egreso: Vivo _____

Complicaciones (explique): _____

Secuelas Neurologicas? (explique): _____

Fecha de Fallecimiento (si fuera el caso): ___ / ___ / ___

**CLASIFICACION FINAL:** _____

Fecha de Clasificación Final: ___ / ___ / ___

**INVESTIGADO POR: (Nombre y Apellidos)** _____

Cargo: _____



BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAL. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

## FICHA EPIDEMIOLOGICA DE COLERA

CASO No:..... AÑO..... MES..... DIA.....
SEDES..... GERENCIA DE RED.....
MUNICIPIO..... LOCALIDAD.....
SERVICIO DE SALUD.....
PROCEDENCIA DEL CASO..... DEPARTAMENTO.....
NOMBRE.....
EDAD..... SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )
OCUPACION.....
DOM. ACTUAL.....

FECHA DE NOTIFICACION DEL CASO ...../...../..... (Día /Mes /Año)
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: ...../...../..... (Día/ Mes/ Año)
FECHA DE PRIMERA CONSULTA: ...../...../..... (Día/ Mes / Año)

HOSPITALIZADO: SI ( ) NO( )
ESTADO ACTUAL PACIENTE: RESTABLECIDO ( ) AUN ENFERMO ( )
FALLECIDO ( ) FECHA:.....

ASPECTOS CLINICOS:

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CON DESHIDRATACIÓN | ( ) | ( ) |
| CON DESHIDRATACIÓN GRAVE | ( ) | ( ) |

CARACTERISTICAS DE LAS DEPOSICIONES.....
.....
OTROS SINTOMAS.....

---

LABORATORIO:

HECES Y/O VOMITOS ? SI ( ) NO ( )
RESULTADO DEL LABORATORIO POSIT. ( ) NEG.( )

MEDIDAS EFECTUADAS PARA CONTROL DE BROTE:

DONDE ESTUVO LOS ULTIMOS 10 DÍAS?
.....
QUE COMIO EN LOS ULTIMOS 5 DÍAS?.....
.....
.....
PERSONAS CON NEXO EPIDEMIOLOGICO CON EL PACIENTE (contactos)
1).....
2).....
mas) .....
(Realizar investigación de los mismos)
NOMBRE DEL INVESTIGADOR:.....
FECHA DE INVESTIGACIÓN: CARGO:.....

FIRMA:.....

COMENTARIOS:.....

Ministerio de Salud y Deportes

# Ficha epidemiológica de Caso de Rabia Humana

Caso No

Servicio Departamental de Salud

Municipio | Establecimiento de Salud

Nombre

Sexo: fem. masc.

Edad: años / meses

Procedencia

Dirección | Localidad

Municipio | Departamento

Fecha de Notificación: Día Mes Año

Persona que notificó

Caracteristicas clínicas

Fecha 1ros. sintoma: Día Mes Año

Diagnos tico: Clínico Laboratorial

Periodo de incubación: Conoce No SI No de días

Fecha de defunción: Día Mes Año

Hospitalización Si No

Nombre del hospital:

Fecha hospitalización: Día Mes Año

Fecha de alta: Día Mes Año

## Datos de Exposición

Exposición al virus: Mordedura Contacto Ignorado

Día Mes Año

Lugar(es) de la (s) mordedura(s)

Heiida Unica Multiple

Tipo: Superficial Profunda

## Datos del Animal Causantede la Exposición

Espacio: perro gato desconocido otro especifica

Vacunación anterior SI NO desconocido

Condición del animal mordedor escapado observado no se informo

rabioso Si No no se Informo

En caso de animal rabioso se tiene confirmaciónpor laboratorio Si No no se Informo

## Datos del Tratamiento del paciente

Tonia vacunación anterior SI NO desconocida

Se aplico vacuna antirrábica SI NO desconocido

Fecha de aplicación de vacunas

| 1ra | 2da | 3ra | 4ta | 5ta | 6ta | 7ta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Fecha aplicación

| 1ra | 2da | 3ra |
|---|---|---|
| | | |

Fecha de aplicación del suero antirrábico (*): Día Mes Año

Tipo de vacuna | Laboratorio productor | Número de lote

Nombre del investigador | Firma | Día Mes Año

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

| |
|---|
| CASO N°: |
| SEDES: |
| RED DE SERVICIO |
| ESTABLECIMIENTO |

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE TETANOS NEONATAL

Los casos notificados deben reunir al menos los siguientes criterios:

1. Succión normal y buen llanto durante los primeros dos días de vida, y
2. Inicio de la enfermedad entre los 3 y 28 días de edad y
3. Dificultad para mamar seguida por rigidez usualmente generalizada, convulsiones ó
4. Cualquier caso con una historia como la anterior y que haya fallecido

## INFORMACION GENERAL

Nombre del paciente: .....

Sexo M ..... F..... Edad: ..... Años Días .....

Nombre del responsable(s) del paciente .....

Domicilio Actual: .....

Procedencia: .....

Mapa o croquis del Sitio (Dibujar en el reverso)

## II.- INFORMACION DEL CASO

Caso fue notificado por: Nombre .....

Institución .....

Cargo y dirección .....

| FECHAS | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|
| Notificación | ..... | ..... | ..... |
| Investigación | ..... | ..... | ..... |
| Inicio de enfermedad | ..... | ..... | ..... |
| Hospitalización | ..... | ..... | ..... |
| Fallecimiento | ..... | ..... | ..... |
| Alta: | ..... | ..... | ..... |

Historia de vacunación materna con Toxoide Tetánico: (TT O dT)

N° de dósis recibidas .....

Fecha de la última dosis día.... mes ..... año....

Establecimiento o sitio donde fue vacunado:

.....

Verificado con carnet: SI..... NO.....

## III.- INFORMACION CLINICA

CASO N°.....

Establec. Que atendió el caso ..... H. CL. N° .....

| SIGNOS / SINTOMAS | SI | NO | IGN |
|---|---|---|---|
| Fiebre: | ..... | ..... | ..... |
| Rigidez generalizada: | ..... | ..... | ..... |
| Espasmos musculares | ..... | ..... | ..... |
| Trismus | ..... | ..... | ..... |
| Ictericia | ..... | ..... | ..... |
| Convulsiones | ..... | ..... | ..... |
| Onfalitis | ..... | ..... | ..... |

| CAUSA DE ALTA | SI | NO |
|---|---|---|
| Mejorado ? | ..... | ..... |
| Fallecido ? | ..... | ..... |
| Solicitada ? | ..... | ..... |

Causa de fallecimiento: .....

.....

.....

## IV. INFORMACION EPIDEMIOLOGICA Y MEDIDAS DE CONTROL DE LA MADRE

Nombre: ..... Edad: ..... Años: .....

N° de hijos: actual ..... +vivos ..... +muertos ..... =Total .....

Tuvo control prenatal: SI .... NO .... Cuantos controles: .....

Donde (establecimiento y lugar) .....

En qué mes de su embarazo comenzó el control? .....

Cuantas TT/dT recibio en su control ..... Ha tenido otro hijo con tétanos? .....

DEL PARTO

Lugar: Hospital..... Domicilio..... Otro (especifique) .....

Nombre de quien atendió el parto: .....

Atendido por: Médico .... Enfermera .... Partera capacitada .... Partera no capacitada ....

Otros (especifique) .....

Cordón fue cortado con: ..... y curado o tratado con .....

DE LA COMUNIDAD

Se hizo visita: De la comunidad SI.... NO.... Domiciliar SI.... NO....

Encontró más casos de Tétanos? ..... Cuantos? ..... Les hizo fichas? .....

Se visitó a quien atendió el parto SI..... NO..... Le dió capacitación? SI ..... NO.....

Número de mujeres en edad fértil (MEF) en esa comunidad: .....

Número de (M EF) que ya tiene su 2a. Dosis de Toxoide Tetánico (TT/dT) .....

Número de dosis de TT/dT aplicadas después de éste caso: 1as..... 2as..... 3a + 4a+5as .....

Comentario .....

Nombre del investigador que llenó la ficha .....

Cargo: ..... Fecha: .....

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS VIRAL

**CASO Nº:**_____

## 1. DATOS HOSPITALARIOS

**Hospital** _____ **Nº de Historia Clínica:**_____

## 2. DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos:_____

Fecha de nacimiento:____/____/_____ Edad: ____ años_____meses

Sexo ☐ femenino ☐ masculino

Grupo étnico:

☐ aymara ☐ guarani ☐ mestizo ☐ quechua ☐ otro:_____

Ocupación:_____

Dirección: _____ Zona: _____ Ciudad
(calle y numero)

Teléfono:

Lugar: ☐ urbano ☐ periurbano ☐ rural

Cuántas personas viven en la casa del paciente:

## 3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas:_____/_____/_____(primer día de ictericia o fiebre)

Sintomas: ☐ fiebre ☐ Ictericia

Sitio de diagnostico clínico: ☐ Hospital ☐Emergencias ☐Consulta externa

Fue referida de otro establecimiento: ☐si ☐no

En caso de si, de donde? ☐Puesto de salud ☐Centro de salud
☐Consultorio privado ☐Otro

Existe alguna otra enfermedad crónica de base?: ☐si ☐no

En caso de si, que tipo: ☐ Cancer ☐Diabetes ☐Inmunocomprometida
☐ TB ☐otro

Si tiene TB, esta en tratamiento?: ☐ si ☐no

## 4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (entrevista directa)

A. Durante el **periodo comprendido a 6 semana a 6 meses antes** de esta enfermedad:

Tuvo contacto con una persona con hepatitis? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Fue hospitalizado? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Fue sometido a cirugía? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Asistió al dentista? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Recibio sangre o derivados de sangre? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Estuvo con tratamiento de hemodiálisis? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Recibió tratamiento de acupuntura? ☐ Si ☐ No ☐ NS/NR

Recibió alguna inyección? (Incluyendo vacunas) ☐Si ☐No ☐NS/NR
Se hizo algun tatuaje? ☐Si ☐No ☐NS/NR
Es usted trabajador de salud? ☐ Si ☐No
Si es si, tuvo algún accidente en el trabajo?(pinchazos, cortaduras, etc.)
Si No NS/NR

B. **si el paciente tiene 15 o más años:**
Durante el **periodo comprendido a 6 semana a 6 meses antes** de esta enfermedad
Compartio agujas con otras personas? ☐ Si ☐No ☐NS/NR
Nº de parejas sexuales de sexo femenino. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ >2 ☐ NS/NR
Nº de parejas sexuales de sexo masculino. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ >2 ☐ NS/NR
Tuvo contacto con algun(a) trabajador(a) sexual comercial? ☐Si ☐No NS/NR

C: **Preguntar a todos:**
Durante el periodo comprendido a 2 semanas a 6 semanas antes de esta enfermedad
Supo de otras personas que tuvieron hepatitis? ☐Si ☐No

5.**ANTECEDENTES DE VACUNACION**
Vacuna para hepatitis A ☐ Si ☐No ☐NS/NR
Nº de dósis 1 Fecha: ___/___/___ 2 Fecha:___/___/___

Vacunación para hepatitis B ☐Si ☐No ☐NS/NR
Nº de dósis:___ 1 Fecha:___/___/___ 2 Fecha: ___/___/___ 3 Fecha: ___/___/____

6. **ESTADO DEL PACIENTE**

☐ ambulatorio ☐ hospitalizado ☐fallecido

7. **DIAGNOSTICO FINAL** (de acuerdo a resultados de laboratorio)
- Hepatitis A
- Hepatitis B aguda
- Hepatitis B crónica
- Hepatitis B y Delta en coinfección
- Hepatitis B y Delta en superinfección
- Hepatitis C
- Hepatitis E
- Otro
- Sin diagnostico

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

## FICHA EPIDEMIOLOGICA DE VIH/ SIDA

SEDES: _____ MUNICIPIO: _____ FECHA:

FICHA EPIDEMIOLOGICA No: _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

HISTORIA CLINICA No. _____ IDENTIFICACION O NOMBRE: _____

SEXO: ☐ EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ ESTADO CIVIL: ☐
1 masculino
2 femenino
1 soltero/a 2 casado/a
3 divorciado/a 4 viudo/a
5 unión libre

INSTRUCCION: ☐
1analfabeto/a 2 básico
3 medio 4 superior

OCUPACIÓN: ☐
1desocupado/ 2 trab. Sexual 3 policia/militar
4 magisterio 5 estudiante 6 labores de casa
7 trab. de salud 8 comerciante 9 empleado público
10 otro: especifique

NACIONALIDAD: ☐
1boliviano/a 2 exterior

LUGAR PROBABLE DE TRASMISION: ☐
1 Bolivia 2 exterior 3 no sobre

SITUACION ACTUAL: ☐
1 asintomático 2 caso SIDA

ELIZA: 1 _____ React.
2 _____ React.

VIA DE TRANSMISION: ☐
1sexual 2 sanguínea
3 perinatal

PREFERENCIA SEXUAL: ☐
1 heterosexual 2 homosexual
3 bisexual

FECHA DE WESTER BLOT (+): __/__/__

LAB . QUE REALIZO WB: ☐
1 INLAS 2 CENETROP
3 LABIMED 4 H.STA. BARBARA
5 OTRO: _____ especif.

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIASIS

CODIGO Nº:.....
SEDES.....Caso Nº.....
MUNICIPIO.....Red de Salud.....
ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....

1. IDENTIFICACION:
   Nombre.....Edad:.....Sexo:.....
   Ocupación.....Peso:.....
   Residencia actual (meses o años).....
   Residencia Anterior (meses o años).....
   Fecha de notificación.....

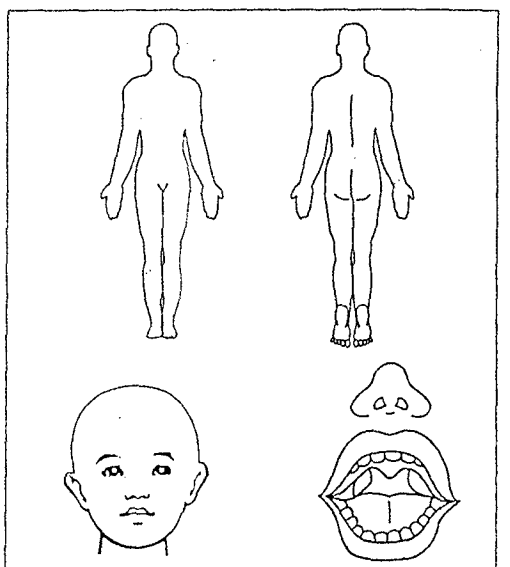
2. DATOS EPIDEMIOLOGICOS:
   Fecha y Lugar Probable de infección (picadura del mosquito)...../...../.....
   Comunidad.....Cantón.....Provincia.....
   Informe de otros casos Si: ☐ No: ☐ Municipio.....

3. DATOS CLINICOS:
   Tipo de lesión Cutánea ☐ Mucosa ☐ Visceral ☐

4. LABORATORIO:

| | Fecha toma de muestra | Resultado |
|---|---|---|
| - Frotis | ...../...../..... | ..... |
| - Cultivo | ...../...../..... | ..... |
| - Histopatológico | ...../...../..... | ..... |
| - IDR. de Montenegro | ...../...../..... | ..... |
| - I.F.I. | ...../...../..... | ..... |
| - ELISA | ...../...../..... | ..... |
| - Otros/especificar | ..... | |

Nombre del laboratorio.....



Tamaño total de las lesiones.....cms.$^2$.....
Total de lesiones.....

Localice exactamente todas las lesiones en los dibujos

5. DIAGNOSTICO:
   - L. Cutánea
   - L. Mucosa
   - L. Cutaneo-Mucoso
   - L. Cutaneo difuso
   - L.Visceral

6. TRATAMIENTO:
   Tratamiento anterior: Si ☐ No ☐
   Medicamento, dosis, tiempo
   Hospitalizado: Si ☐ No ☐

7. CONTROL DE TRATAMIENTO:
   Tratamiento prescrito: .....Total ampollas por día.....
   Fecha de inicio de tratamiento:.....Fecha de Conclusión.....

| AÑO | MESES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Efectos colaterales:.....

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE TUBERCULOSIS

INSTITUCION ..... MUNICIPIO: ..... FECHA: .....

NOMBRE: ..... LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO: ..... EDAD: ..... SEXO: .....

ESTADO CIVIL: ..... OCUPACION: ..... SALA: ..... CAMA: .....

ANTECEDENTES FAMILIARES: .....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES: .....

ENFERMEDAD ACTUAL: .....

.....

PESO: ..... ESTATURA: ..... PULSO: ..... PRESION: ..... TUBERCULINA: .....

RESULTADOS CONTROL BACTERIOLOGICO Y RADIOLOGICO DEL DEL ENFERMO

| | DIAGNOSTICO | | CONTROL | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | | | | | | | | | | | | | | |
| BASILOSCOPIA | | | | | | | | | | | | | | |
| CULTIVO | | | | | | | | | | | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIBIR MEDICAMENTOS Y SU DOSIS

| | ESQUEMA DE TRATAMIENTO | ORDENADO POR | FECHA |
|---|---|---|---|
| 1ra FASE | | | |
| 2da FASE | | | |
| 3ra FASE | | | |
| OTROS | | | |

CONTACTOS

| NOMBRE | EDAD Y SEXO | | P.P.D. | | B.C.G. | | BK | | RX | | QUIMIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | F | FECHA | RES. | FECHA | RES. | FECHA | RES. | FECHA | RES | INICIADA | TERMIN. |
| | | | | | | | | | | | | |

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE LEPRA

SECRETARIA REGIONAL:..... CASO N°.....
DISTRITO:..... AREA: .....
CENTRO DE ATENCIÓN:.....

1.-IDENTIFICACIÓN: .....
Nombre: .....
Lugar y fecha de nacimiento:..... Sexo: ..... Edad:.....
Recidencia actual en años: .....
Recidencia anterior:.....

2.- NOTIFICANTE:..... FECHA DE NOTIFICACIÓN:.....

3.- DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS:

- Fecha de inicio de los síntomas: .....
- Primeros síntomas de la enfermedad:.....
.....
- Cuadro clínico actual:.....
- Síntomas: .....
.....
- Signos (describir caracteristicas y localización:.....
.....
.....
.....
.....
- Bactereológica: línfa obtenida de: ..... Moco nasal: .....
Resultado:.....

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • D..... | - | D..... | |
| • Resultado | IB | I ..... | IM | I ..... | |
| | | OTROS ..... | | OTROS ..... | |

- Inmunología: Mitsuda aplicada:.....:.....:..... Leida.....:.....:..... Resultado ..... mm .....
- Hispatología Muestra obtenida de:.....
Nombre laboratorio de referencia:.....
Resultado: .....
- Clasificación clínica Inicial: .....

REGISTRO DE INCAPACIDADES:

| GRADO | MANOS | | | PIES | | | OJOS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SIGNOS Y/O SINTOMAS | D | I | SIGNOS Y/O SINTOMAS | D | I | SIGNOS Y/O SINTOMAS | D | I |
| I | Anestecia | | | Anestecia | | | Anestecia | | |
| II | Ulceras o leciones Traumaticas | | | Ulceras Troficas | | | Lagoftalmos | | |
| | Mano en garra | | | Pie en garra | | | Iritis o/ Queralitis | | |
| | Reabsorción Discreta | | | Reabsorción Discreta | | | Disminución de Agudeza visual | | |
| III | Mano Calda | | | Contractura | | | Acentuada Disiminución visual | | |
| | Anquilosis Articular | | | Reabsorción | | | Ceguera | | |
| | Reabsorción Intensa | | | Intensa | | | | | |

COMPROMISO DE LARINGE ☐ SI ☐ NO

APLASTAMIENTO DE LA NARIZ ☐ SI ☐ NO

PARALISIS FACIAL ☐ SI ☐ NO

FORMA CLINICA ☐ L ☐ T ☐ D ☐ I

MULTIBACILAR ☐

PAUCIBACILAR ☐

4.- PROBABLE FUENTE DE INFECCION

Ha sido contacto de un caso conocido: ☐ SI ☐ NO

Nombre:.....

parentesco o afinidad .....

Forma clínica: ☐ L ☐ T ☐ D ☐ I

5.- CONVIVIENTES DOMICILIARIOS CASO:

| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO O AFILIADO |
|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |

6.- ESQUEMA DE TRATAMIENTO ACTUAL:
(medicamentos y dosis) .....

Ho. ANTERIOR (medicamento, dosis y tiempo
.....

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA DE INVESTIGACIÓN ...../...../.....

NOMBRE FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE

N.V.= 2208



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# Ficha Epidemiológica de intoxicación aguda por Plaguicidas

SEDES _____ RED _____ MUNICIPIO _____

Establecimiento Año

***Informacion General***

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Nombre del paciente: | Nombre del familiar o acompañante |
|---|---|
| | |

| Direccion Residencia | Urbana | Rural | Telefono de referencia: |
|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | |

| Edad | Sexo | Grado de escolaridad |
|---|---|---|
| | F ☐ M ☐ | Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Ninguno ☐ |

***Informacion Toxico-epidemiologica***

**Nombre del/los Plaguicidas (generico y/o comercial)**

**Principal Actividad en el Momento de la Exposicion**

Fumigacion/mezcla en el campo ☐ Campaña de salud publica ☐
Exposicion accidental ☐ Ingreso a campo fumigado ☐ Otros ☐ _____

**Cultivo**

**Tomate** ☐ **Coca** ☐ **Café** ☐ **Citricos** ☐ **Hortalizas** ☐ **Otros** ☐ _____

| Fecha y hora de la exposicion | Fecha e inicio de la signo-sintomatologia |
|---|---|
| | |

**Direccion del lugar de ocurrencia**

| Municipio | Comunidad | Direccion |
|---|---|---|
| | | |

**Via de exposicion: Oral** ☐ Dermica ☐ Ocular ☐ Respiratoria ☐ Otra ☐

**Causa de intoxicacion:** Ocupacional ☐ Accidental ☐ Intencional ☐ Desconocido ☐

**Paciente Hospitalizado:** ***Modo de Egreso***

Recuperado ☐ Alta Medica ☐ Referido ☐ Fuga ☐ Fallecido ☐

**Nombre y cargo de la persona que llenó el registro:**

**Lugar y fecha**

BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD PUBLICA
CENTRO NAC. DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes

SI BUSCA INFORMACION EN SALUD
www.sns.gov.bo
SNIS
BOLIVIA
Ministerio de Salud y Previsión Social