

Recopilación de Normativas y Circulares de
**Enfermedades Transmisibles
de Declaración Obligatoria**





**Recopilación de Normativas y Circulares
de Enfermedades Transmisibles de
Declaración Obligatoria**

Elaborado por el Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología
Santiago de Chile, Marzo 2011

Registro de Propiedad Intelectual
ISBN: 978-956-8823-95-5

Diseño e Impresión:
Mensaje - www.mensaje.cl

ÍNDICE

Prólogo	09
Presentación	11
Introducción	13
I. Vigilancia Universal	
Botulismo (CIE 10: A05.1).	17
Brucelosis (CIE 10 :A23).	19
Carbunco (CIE 10: A22).	21
Cólera (CIE 10: A00).	23
Coqueluche (CIE 10: A37).	25
Dengue (CIE 10: A90 - A91).	27
Difteria (CIE 10: A36).	29
Enfermedad De Chagas (Tripanosomiasis Americana) CIE 10:B57 (Enfermedad De Chagas); P00.2 (Chagas Congénito); Z 22.8 (Portador T. Cruzi).	31
Enfermedad de Creutzfeldt Jakob (CIE 10: A81.0).	33
Enfermedad Invasora por Haemophilus Influenzae B (A41.3; G00.0; J14.X).	35
Enfermedad Meningocócica (CIE 10: A39).	37
Fiebre Amarilla (CIE10: A95).	39
Fiebre del Nilo Occidental (West Nile) (CIE10: A92.3).	41
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea (CIE 10: A01.0 - A01.4).	43

Gonorrea (CIE 10: A54).	45
Hepatitis A, Viral sin otra especificación (CIE 10: B15.0; B15.9; B19.0 Y B19.9) Hepatitis E (CIE 10: B17.2).	47
Hepatitis B (CIE 10: B16; B18.0- B18.1).	49
Hepatitis C (CIE 10: B17.1; B18.2).	51
Hidatidosis (Equinococosis) (CIE 10: B67).	53
Infección por Hantavirus (CIE 10: B33).	55
Infección por VIH y SIDA (CIE 10: B20-B24; Z21.X).	57
Infección Respiratoria Aguda Grave por Influenza (CIE 10: J09, J10-J11).	59
Lepra (Enfermedad de Hansen) (CIE10: A30).	61
Leptospirosis (CIE 10: A27).	63
Malaria (CIE 10: B50-B54).	65
Meningitis Bacterianas (CIE 10: A39 - G00 - A32.1).	67
Parotiditis (CIE 10: B26).	69
Peste (CIE 10:A20).	71
Poliomielitis (CIE 10: A80).	73
Psitacosis (CIE 10: A70).	75
Rabia Humana (CIE 10: A82).	77
Rubéola (CIE 10: B06).	79
Rubéola Congénita (CIE 10: P35).	81
Sarampión (CIE 10: B05).	83
Sífilis (CIE 10: A50-A54).	85

Tétanos (CIE 10: A34 - A35.X) Tétanos Neonatal (CIE 10: A33).	89
Tifus Exantemático Epidémico (CIE 10: A75).	91
Triquinosis (CIE 10: B75).	93
Tuberculosis (CIE 10: A15-A19).	95

II. Brotes de causa Infecciosa

Brote.	97
Enfermedades Transmitidas por Alimentos.	99
<i>Vibrio parahaemolyticus</i> (CIE 10: A05.3).	101

III. Vigilancia Centinela

Influenza.	103
Diarreas Agudas en Menores de 5 Años (CIE 10: A00-A09).	105
Varicela (CIE 10: B01-B02).	107
Procedimientos frente al incumplimiento del Decreto que regula la Notificación De Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria, del Ministerio de Salud.	109
Glosario.	111

PRÓLOGO

Este documento es una recopilación de Normativas y Circulares de Enfermedades Transmisibles de notificación obligatoria y tiene como objetivo principal mejorar la notificación en todos los niveles de la red de vigilancia en salud pública, haciendo más sensible al sistema de vigilancia para detectar enfermedades de importancia en salud pública, la aparición de enfermedades emergentes o reemergentes o conocer los cambios en el comportamiento de la enfermedad, que permitan implementar oportunamente las medidas de prevención y control

El Reglamento sobre **Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria** incluidas en el Decreto Supremo N° 158/04, publicado en el Diario Oficial el 10/05/2005, entrega, de acuerdo al escenario epidemiológico actual nacional e internacional, un marco regulatorio actualizado, lo que permite una vigilancia efectiva. Esta normativa se complementa con la entrada en vigencia del RSI-2005, que fortalece la capacidad de detección, verificación, evaluación, notificación y respuesta frente a los eventos de importancia en salud pública.

Este documento incluye el total de las enfermedades de notificación obligatoria, se ha ordenado alfabéticamente y cada enfermedad incluye:

- Descripción clínica.
- Definición de caso.
- Criterios de laboratorio.
- Modalidad de vigilancia.
- Normativa de vigilancia y control.

Las circulares y normativas han sido actualizadas y elaboradas por el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, en conjunto con un grupo de expertos nacionales, a quienes agradecemos su constante y valiosa colaboración.

Autores:

Dra. Andrea Olea N.
Dra. Janepsy Díaz T.
Dra. Jeanette Dabanch P.
Mat. Karen Cáceres B.
Mat. Mónica Chiu A.
MV. Rodrigo Fuentes B.
MV. Fernando Fuenzalida P.
EU. Doris Gallegos U.
EU. Maritza García O.
EU. Paola Rubilar R.
EU. Viviana Sotomayor P.

Editor:

EU. Maritza García O.

PRESENTACIÓN

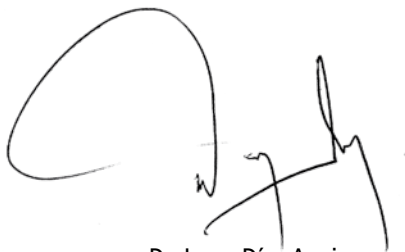
El Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, acorde con el nuevo RSI, modificó el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, surgiendo en el año 2005, el Decreto Supremo N°158. Este, actualiza el listado de enfermedades transmisibles e incorpora la amplitud del RSI 2005, dejando abierta la posibilidad de notificar nuevas enfermedades y brotes de cualquier enfermedad en que se sospeche causa infecciosa. Asimismo, incorpora los compromisos de Chile, debido a su participación en la Comisión de Vigilancia Epidemiológica de MERCOSUR.

Las patologías incluidas son aquellas que se consideran prioritarias, tanto desde la perspectiva de la vigilancia nacional como internacional. Para construir el listado, se tomaron en cuenta los siguientes criterios: las repercusiones de la enfermedad en cuanto a morbilidad o mortalidad; su potencial epidémico; si corresponde a una meta específica de un programa de control y, si el conocimiento de ésta, conducirá a una acción significativa de salud pública.

La actualización y compilación de este marco legal fue realizada por los profesionales de la Unidad de Vigilancia del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Este documento está especialmente dirigido a los equipos de salud de los niveles locales y de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud quienes deberán resguardar el cumplimiento de las normativas y circulares como una manera de detectar tempranamente brotes o epidemias, proponer medidas de prevención y control adecuadas a las necesidades, así como, adecuar la respuesta de los servicios de salud frente a cada situación.

Esperamos que esta publicación contribuya al desarrollo y fortalecimiento del trabajo de los equipos de salud y a la vez, pueda ser difundida a los niveles que corresponda. Además, este documento se encuentra disponible en la página web: <http://epi.minsal.cl>



Dr. Jorge Díaz Anaiz
Subsecretario de Salud Pública
Ministerio de Salud

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas en las últimas décadas, han representado una pesada carga de enfermedad y muerte debido principalmente, a la emergencia y reemergencia de patógenos causantes de graves enfermedades. Los cambios demográficos, tecnológicos, ambientales y sociales que ocurren en el mundo, han creado las condiciones para este constante resurgimiento de nuevas formas de expresión de las enfermedades. Además, con la aparición de enfermedades exóticas, se ha incrementado la resistencia a los antimicrobianos a causa del amplio y mal uso de los antibióticos, hasta tal punto que la farmacoresistencia se está convirtiendo en uno de los principales obstáculos para el control de estas infecciones¹.

El mundo globalizado de hoy, caracterizado por un constante y rápido intercambio comercial y de personas, requiere de una capacidad de alerta y respuesta global y coordinada. La actual situación, supone riesgos sin fronteras, lo que exige un nuevo tipo de organización en red, donde la detección y la alerta sean inmediatas, lo que supone una respuesta de Salud Pública, oportuna y adecuada.

“Pocos riesgos para la salud pública, graves, imprevistos, de carácter urgente, permanecen exclusivamente dentro de las fronteras nacionales. Sabemos que problemas medioambientales, sociales, de salud pública, no se detienen ante las fronteras de los países, siendo lo más realista plantearse un enfoque multilateral de dichos problemas y afrontarlos con reglas comunes”².

Este nuevo escenario, dio lugar a la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) vigente desde 1969, surgiendo el nuevo RSI, aprobado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en mayo 2005 y cuya entrada en vigencia fue en junio de 2007. El RSI es un instrumento jurídico internacional sobre salud pública cuya finalidad es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”.

Acorde con el nuevo RSI, el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, modificó el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, surgiendo en 2005, el Decreto Supremo N° 158. Este, actualiza el listado de enfermedades transmisibles e incorpora la amplitud del RSI 2005, dejando abierta la posibilidad de notificar nuevas enfermedades y brotes de cualquier enfermedad en que se sospeche causa infecciosa. Asimismo, incorpora los compromisos derivados para nuestro país debido a su participación en la Comisión de Vigilancia Epidemiológica de MERCOSUR.

Las patologías incluidas son aquellas que se consideran prioritarias tanto desde la perspectiva de la

1 Dr. Daniel Rodríguez Milord, Dr. en Ciencias Médicas. Director de la Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud, Ministerio de Salud Pública. Cuba

2 MINGUEZ GONZALO, Miguel. El “nuevo reglamento sanitario internacional”: RSI (2005). Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 2007, vol. 81, no. 3 [citado 2008-06-24], pp. 239-246. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

vigilancia nacional como internacional. Para construir el listado, se tomaron en cuenta los siguientes criterios: las repercusiones de la enfermedad en cuanto a morbilidad o mortalidad; su potencial epidémico; si corresponde a una meta específica de un programa de control y, si el conocimiento de ésta, conducirá a una acción significativa de salud pública.

Cada enfermedad cuenta con una definición de caso y un mecanismo de notificación claros, de modo de contar con información veraz y oportuna, cuyo análisis permita una respuesta eficiente, oportuna y proporcionada.

El presente documento constituye una síntesis de la normativa vigente para la vigilancia de morbilidad universal, centinela y de brotes. Cada enfermedad contiene una justificación de la vigilancia, caracterización de la enfermedad, definición de caso, modalidad de vigilancia, normativa de control vigente y códigos CIE 10. Además, cuenta con un glosario de términos relacionados con la vigilancia, el D.S N° 158/04 y la Guía de Procedimientos por Infracción al Decreto Supremo N° 158 de 2004, del Ministerio de Salud.

Enfermedades Transmisibles



.BOTULISMO (CIE 10: A05.1)

Descripción Clínica: Se conocen 4 formas de botulismo:

- **Infantil:** es la forma más frecuente en la actualidad y la de más reciente descripción. Las esporas ingeridas de *Clostridium botulinum* germinan en el intestino grueso y producen toxina botulínica. El 90% de los casos ocurre entre los 2 y 6 meses de edad, ambos sexos. Va desde casos leves a muy graves, incluyendo el fallecimiento. Se caracteriza por constipación, letargia, intranquilidad, inapetencia, dificultad para deglutir, pérdida del control de la cabeza e hipotonía, debilidad generalizada, en algunos casos insuficiencia y paro respiratorio. Algunos estudios sugieren que puede causar el 5% de los casos del síndrome de muerte súbita del lactante. Todas comparten el signo común de parálisis flácida por acción de la neurotoxina botulínica.
- **Alimentario:** presentación clásica y la primera descrita (siglo XIX). Se debe a la ingestión de alimentos contaminados con toxina botulínica.
- **Por heridas:** muy infrecuente, causada por la contaminación de heridas o tejidos traumatizados con *C. botulinum*.
*El botulismo alimentario y por heridas se caracteriza por compromiso bilateral de pares craneanos oculares: ptosis, visión borrosa, diplopía y parálisis flácida descendente y simétrica.
- **No clasificada:** en pacientes adultos en los que no se identifica un mecanismo definido. Se presenta en pacientes sometidos a cirugía digestiva, terapias antibióticas de amplio espectro o en asociación a enfermedades inflamatorias intestinales.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Caso clínicamente compatible con antecedente epidemiológico sugerente (por ej., ingestión de alimentos de elaboración casera previa a 48 horas; miel y jarabe de maíz también pueden contener esporas de *Clostridium botulinum*).
- **Caso Confirmado:** Caso que cumple la definición de caso sospechoso y es confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Identificación de la toxina botulínica en el suero (botulismo por heridas), heces (botulismo del lactante), o en el alimento sospechoso.
- Cultivo del *C. botulinum* de las heces o herida de un caso clínico.
- Inoculación de suero del paciente a ratones de investigación.

Modalidad de Vigilancia

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contaminación para interrumpir la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Brotes alimentarios o casos esporádicos.
4. **Frecuencia de la notificación:** El médico tratante debe informar frente a la sospecha de casos por la vía más expedita a la SEREMI de Salud respectiva.

5. **Frecuencia de envío de la SEREMI al MINSAL:** Inmediata por la vía más expedita.
6. **Formulario:** Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: ORD. 4F 30/50 del 7 Junio 2000.

.BRUCELOSIS (CIE 10 : A23)

Descripción Clínica: El cuadro clínico es inespecífico y puede presentarse de forma aguda o insidiosa, con fiebre continua o intermitente y de duración variable, con compromiso del estado general, sudoración nocturna, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea y artralgias. La enfermedad puede ser leve y autolimitada o severa. El compromiso osteo-articular es la forma clínica localizada más frecuente, se describe en un 20 - 80% de los casos y se presenta como artritis periférica, sacroileítis y espondilitis. La endocarditis es una complicación rara que afecta principalmente la válvula aórtica y con una elevada letalidad (85%). Las complicaciones urogenitales son muy infrecuentes y se pueden manifestar como orquiepididimitis.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** caso que es compatible con la descripción clínica y está vinculado epidemiológicamente a casos presuntos o confirmados en animales o a productos de origen animal contaminado.
- **Caso Confirmado:** caso sospechoso que es confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

1. El cultivo y aislamiento de *Brucella spp* se realiza a partir de muestras clínicas como sangre, médula ósea y otros tejidos. Las particulares características de la *Brucella* frente a la tinción de Gram, son de gran orientación para el diagnóstico presuntivo inicial.
2. Pruebas serológicas:
 - Rosa de Bengala: es una prueba de tamizaje, de baja especificidad que requiere de la confirmación serológica por otros métodos.
 - Técnica de Aglutinación en Tubo de Wright-Huddleson: es ampliamente utilizada. Mide anticuerpos totales de tipo IgM- IgG, siendo un título de 1:160 altamente sugerente de infección activa por *Brucella spp*.
 - ELISA (IgG, IgM): Es una prueba de alta sensibilidad y especificidad y de alta estandarización.
3. Pruebas Moleculares:
 - Reacción de la Polimerasa en Cadena en tiempo real (rt-PCR), es una técnica rápida, de gran utilidad para determinación de especie y la magnitud de la carga bacteriana para la diferenciación de casos agudos y crónicos.

Modalidad de Vigilancia

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contaminación para interrumpir la transmisión. Es objeto de programas internacionales de vigilancia y control para reducir la morbi - mortalidad.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos y Brotes alimentarios. Enfermedad ocupacional.
4. **Frecuencia de notificación:** El médico tratante debe informar a la SEREMI de Salud frente a la sospecha de casos por la vía más expedita. Su notificación debe desencadenar una investigación

epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.

5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata y aviso al MINSAL inmediato, por la vía más expedita.
6. **Formulario:** Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/ 03 del 14 Enero 2011

CARBUNCO (CIE 10: A22)

Descripción Clínica: Enfermedad de aparición aguda caracterizada por varias formas clínicas:

Carbunco cutáneo: lesión cutánea (la más frecuente) que en el curso de 2 a 6 días pasa de una etapa papular a una vesicular y finalmente se convierte en una escara negra hundida acompañada de edema leve o extenso. Letalidad de 5 -20% sin tratamiento.

Formas sistémicas:

Carbunco digestivo: Al malestar abdominal sigue fiebre, signos de septicemia y muerte. También puede aparecer una lesión en la mucosa oral u orofaríngea, adenopatía cervical, edema y fiebre.

Carbunco por inhalación: los síntomas se asemejan a una infección respiratoria aguda. Entre los 3 y 5 días aparecen síntomas de insuficiencia respiratoria aguda, signos radiológicos de ensanchamiento mediastínico, fiebre y shock.

Carbunco meníngeo: Aparición aguda de fiebre alta, posiblemente con convulsiones y pérdida de la conciencia, signos y síntomas meníngeos.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Caso compatible con la descripción clínica y que tiene un nexo epidemiológico con casos confirmados o presuntos en animales o con productos de origen animal contaminados.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que es confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Aislamiento y cultivo del *Bacillus anthracis* en sangre, secreciones vesiculares u exudados biológicos.
- Confirmación de aislamientos de *B. anthracis* por tinción Gram y pruebas microbiológicas. El diagnóstico se puede complementar con técnicas de biología molecular para la detección de factores de virulencia, como la electroforesis de campo pulsado o tipificación de multi locus por secuenciamiento, las que permiten establecer los nexos genéticos en un estudio de brote.

Modalidad de Vigilancia

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en con coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contaminación para interrumpir la transmisión. Disminuir riesgo ocupacional.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos. Enfermedad ocupacional.
4. **Frecuencia de notificación:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/ 36 del 27 Octubre 2010

.CÓLERA (CIE 10: A00)

Descripción Clínica: Es una enfermedad diarreica aguda, que afecta a individuos de todas las edades. Se caracteriza por la aparición de diarrea acuosa profusa con deshidratación secundaria de diferente cuantía. El 80% de los casos son asintomáticos o cursan con un cuadro leve. Un 20% se manifiesta con diarrea acuosa aguda profusa moderada y un 10-20% de estos puede evolucionar a un cuadro más grave.

El inicio del cuadro es abrupto con diarrea líquida profusa descrita como "agua de arroz", asociada a náuseas, vómitos, dolor abdominal. Puede haber calambres musculares resultantes del desbalance hidroelectrolítico por la pérdida importante de potasio a través de las deposiciones. La fiebre se presenta en baja frecuencia (5%). Las manifestaciones clínicas en los niños son similares a las descritas para los adultos.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Toda persona que presente diarrea acuosa y profusa ("heces en agua de arroz") de inicio brusco, con algún grado de deshidratación compatible con el cuadro clínico.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso confirmado por el Instituto de Salud Pública por aislamiento de cepas toxigénicas de ***Vibrio cholerae O1 o O139***.

Criterios de laboratorio

- Aislamiento de ***Vibrio cholerae O1 y O139*** de coprocultivos (o vómitos) de pacientes que presenten un cuadro de diarrea aguda.
- La confirmación diagnóstica de cepas de muestras clínicas y ambientales las realiza el ISP.

Modalidad de Vigilancia

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contaminación para interrumpir la transmisión. Enfermedad objeto del Reglamento Sanitario Internacional.
3. **Forma de presentación habitual:** Brotes.
4. **Frecuencia de notificación:** El médico tratante debe informar a la SEREMI de Salud frente a la sospecha de casos por la vía más expedita.
5. **Frecuencia de envío de la SEREMI al MINSAL:** Inmediata y aviso al MINSAL inmediato, por la vía más expedita.
6. **Formulario:** Formulario Notificación Inmediata de Casos Sospechosos y Confirmados de Cólera y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular N° B51/41 del 03 diciembre 2010.

.COQUELUCHE (CIE 10: A37)

Descripción Clínica: Enfermedad bacteriana aguda del tracto respiratorio, caracterizada por una fase catarral inicial de comienzo insidioso, con tos irritante, que se torna paroxística en una o dos semanas. Los paroxismos se caracterizan por accesos repetidos y violentos de tos, que pueden ser seguidos de estridor inspiratorio y en ocasiones de vómito. En menores de 6 meses la infección cursa frecuentemente con apneas repetidas. En el adulto se presenta con tos pero sin crisis paroxísticas ni apneas.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Tos de al menos dos semanas con uno de los siguientes síntomas: paroxismos de tos, estridor inspiratorio, vómito post tusivo sin otra causa aparente, o tos de menor duración si presenta las características del cuadro clínico. En neonatos y lactantes menores de 6 meses, infección respiratoria que cursa con apneas.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que es confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- En Chile, la técnica usualmente utilizada es la inmunofluorescencia directa (IFD). Además se encuentran implementadas en el ISP: cultivo bacteriano, y reacción de polimerasa en cadena (PCR).
- Frente a una epidemia, se recomienda además, aislar *Bordetella* mediante cultivo, para caracterizar la cepa.

Los laboratorios del nivel local que hayan cumplido con el programa de transferencia tecnológica y se mantengan bajo el Sistema de Control de Calidad de Técnica implementado por el ISP, pueden realizar IFD. Sin embargo según lo disponga, ISP realizará confirmación diagnóstica de las muestras realizadas según el programa de concordancia del laboratorio local con el laboratorio de referencia nacional.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Enfermedad objeto de programas internacionales de vigilancia y control; evaluar el impacto de la vacunación y comportamiento de la enfermedad.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos aislados y Brotes.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Notificación e investigación casos de coqueluche; Reporte de Brote y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B 51/04 del 09 Febrero 2007

.DENGUE (CIE 10: A90 - A91)

Descripción Clínica: Enfermedad febril aguda que dura de 2 a 7 días, con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retroorbitario, mialgia, artralgia, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia, en un paciente procedente de zonas infestadas por el vector *Aedes aegypti*.

Definición de caso

1. Fiebre Dengue

- **Caso Sospechoso:** Paciente con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días, con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, gingivorragia, prueba del torniquete positiva) y leucopenia, y que resida o haya estado en los últimos 15 días en zona con circulación de virus del dengue.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que se confirma en laboratorio positivo a una o más pruebas de dengue o nexa epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio; o en el curso de una epidemia, por criterio clínico-epidemiológico.

2. Dengue Hemorrágico

- **Caso Sospechoso:** Todo caso sospechoso o confirmado de Fiebre dengue más los siguientes 3 criterios:
 1. Al menos una de las manifestaciones hemorrágicas:
 - Petequias, equimosis o púrpura.
 - Hemorragias de las mucosas, sitios de punción u otros.
 - Hematemesis o melena.
 2. Trombocitopenia ≤ 100.000 plaquetas/mm³
 3. Al menos una de las manifestaciones secundarias al aumento de la permeabilidad capilar:
 - Aumento del hematocrito en un 20% o más del valor normal de acuerdo a edad y sexo.
 - Disminución del 20% o más del hematocrito luego de la reposición de volumen.
 - Derrame pleural, hipoproteinemia y ascitis.
- **Caso Confirmado:** Todo caso sospechoso de fiebre dengue hemorrágico con confirmación de laboratorio (ISP).

Criterios de laboratorio

Uno o más de los siguientes:

- Aislamiento del virus desde suero, plasma, leucocitos o muestras de autopsia
- Detección de IgM específica por enzoinmunoensayo (ELISA) de captura
- Cuadruplicación de títulos de anticuerpos IgG en muestras séricas pareadas
- Neutralización o inhibición de hemaglutinación (IHA),

- Inmunohistoquímica
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

En Chile, las muestras de suero deben ser enviadas al ISP donde se realiza el análisis serológico ELISA IgM, IgG y PCR.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Sujeto a programas internacionales de vigilancia y control.
3. **Forma de presentación habitual:** casos importados en Chile continental y casos autóctonos, esporádicos en Isla de Pascua.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Inmediata
5. **Frecuencia de envío a MINSAL:** inmediata
6. **Formulario:** Vigilancia de febriles; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/26 del 23 julio 2010

.DIFTERIA (CIE 10: A36)

Descripción Clínica: Enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, laringe y nariz, que se caracteriza por una o varias placas de membranas grisáceas adherentes confluentes e invasoras, con una zona inflamatoria circundante de color rojo mate, dolor de garganta, aumento de volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable de compromiso del estado general. La enfermedad puede afectar otras localizaciones, tales como mucosa y piel. La toxina afecta a todas las células del organismo, pero los efectos más graves son en el tejido cardíaco, nervios y riñones generando miocarditis, desmielinización y necrosis tubular, respectivamente.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Toda persona que presenta cuadro agudo de infección orofaríngea, con presencia de pseudomembranas blanco-grisáceas adherentes, ocupando las amígdalas y pudiendo invadir otras áreas de la faringe u otras mucosas y piel, con compromiso del estado general y fiebre moderada.
- **Caso Confirmado:** Todo caso sospechoso, confirmado por laboratorio mediante aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* o que está vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* de una muestra clínica.
 - Determinación de la capacidad toxigénica a través del Test de Elek o inoculación animal.
- La confirmación diagnóstica de los aislamientos la realiza el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contagio para interrumpir la transmisión y evitar la ocurrencia de casos. Enfermedad sujeta a programas internacionales de vigilancia y control.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos y brotes.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Formulario de notificación inmediata de caso de Difteria; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B 51/01 del 22 Enero 2010.

.ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA) CIE 10: B57 (Enfermedad de Chagas); P00.2 (Chagas congénito); Z 22.8 (portador *T. cruzi*)

Descripción Clínica: Los principales signos clínicos son fiebre, malestar general, hepatoesplenomegalia y linfadenopatía en la fase aguda. Muchos pacientes se presentan sin signos clínicos. Una respuesta inflamatoria en el sitio de la inoculación del parásito (chagoma) puede durar hasta ocho semanas. En un bajo porcentaje de los casos, no mayor del 1%, se observa edema unilateral de párpados (signo de Romaña). Las secuelas crónicas irreversibles comprenden lesión del miocardio, con dilatación cardíaca y anomalías de la conducción, así como afecciones digestivas: megaesófago y megacolon. La Enfermedad de Chagas congénita se presenta principalmente con hepatoesplenomegalia y prematuridad.

Definición de caso

1. Etapa aguda

- **Caso Sospechoso:** Toda persona con fiebre prolongada (> 7 días) y que presente cardiopatía aguda, hepatomegalia, esplenomegalia, signo de Romaña o chagoma de inoculación; o manifestaciones digestivas (diarreas, vómitos y epigastralgia intensa) y que cumpla con uno o más de los siguientes criterios:
 - I. Haya estado en área endémica de transmisión vectorial en los últimos 6 meses;
 - II. Que haya sido transfundido o transplantado;
 - III. Que haya ingerido alimentos producidos sospechosos de contaminación por *Trypanosoma. cruzi*.
- **Caso Confirmado:** Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio.

**En el curso de un brote por alimento, se puede confirmar también por nexo epidemiológico, es decir, persona expuesta a la misma fuente de contaminación de un caso confirmado por laboratorio.

2. Etapa indeterminada o crónica

Serología positiva para los anticuerpos contra *T. cruzi*.

3. Chagas congénito

- **Caso Sospechoso:** Todo recién nacido hijo de madre infectada con *T. cruzi*.
- **Caso Confirmado:** Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio mediante métodos directos y/o con dos resultados positivos de Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) en muestras diferentes.

Criterios de laboratorio

El Chagas agudo es determinado por la presencia de:

- Parásitos circulantes en exámenes parasitológicos directos en sangre periférica (examen en fresco, frotis de gota gruesa). Cuando los síntomas iniciaron hace más de 30 días, se recomienda la

utilización de métodos de concentración (concentrado leucocitario, microhematócrito);

- Para el diagnóstico con IgG, la presencia de anti-T. cruzi debe ser detectada por dos tests serológicos de principios distintos ELISA, Hemoaglutinación indirecta o inmunocromatografía como método de tamizaje e Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot para la confirmación.
- Detección del material genético por técnicas moleculares (PCR convencional) en a lo menos dos muestras diferentes.

***La confirmación será realizada por el Laboratorio de Referencia de Parasitología del Instituto de Salud Pública o aquellos laboratorios pertenecientes a la red de confirmación del ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Disminuir la transmisión de la enfermedad.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales o brotes en zonas identificadas como de riesgo.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS 158/04

.ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JAKOB (CIE 10: A81.0)

Descripción Clínica: Enfermedad de comienzo insidioso, con confusión, demencia progresiva y ataxia variable. Casos suelen presentarse mayoritariamente entre los 40 y 70 años. En etapas avanzadas se presentan contracciones mioclónicas y un variable espectro de trastornos neurológicos, emaciación y coma terminal, sin fiebre.

Definición de caso

1. Caso esporádico:

- **Caso Confirmado:** Diagnóstico confirmado por anatomía patológica, por examen post-mortem de tejido cerebral o inmunocitoquímica.
- **Caso Sospechoso:** Casos con historia de demencia rápidamente progresiva y al menos dos de los siguientes hechos clínicos:
 - i. Mioclonía.
 - ii. Signos visuales y cerebelosos.
 - iii. Disfunción piramidal y extrapiramidal.
 - iv. Mutismo akinético.
 - v. Electroencefalograma típico y/o
 - vi. Duración de la enfermedad < de 2 años.
 - vii. Resultado positivo a 14-3-3.

2. Caso iatrogénico:

Síndrome progresivo cerebeloso en un receptor humano de derivados de hormona pituitaria de cadáver o una ECJ esporádica en un paciente con una exposición conocida (por ejemplo, injerto de duramadre o córnea o expuesto a instrumentos neuroquirúrgicos usados previamente en un caso de enfermedad humana causada por priones).

3. Caso Familiar:

ECJ sospechoso o confirmado en un pariente de primer grado y/o desorden neuropsiquiátrico y mutación genética específica para PrP.

4. Caso nueva variante:

- **Caso confirmado:** Diagnóstico confirmado por anatomía patológica, por examen post-mortem de tejido cerebral.
- **Sospechoso:** paciente con desorden neuropsiquiátrico progresivo, con al menos 5 de los siguientes 6 hechos clínicos:
 - i. Síntomas psiquiátricos tempranos (depresión, ansiedad, apatía).
 - ii. Dolor/parestesia/disestesia temprana persistente.
 - iii. Ataxia.
 - iv. Corea/distonía o mioclonía.
 - v. Demencia.
 - vi. Mutismo akinético.

La sospecha de un caso de nueva variante se fortalece con los siguientes criterios:

- Ausencia de historia de potencial exposición iatrogénica.
- Duración clínica mayor de 6 meses.
- Edad menor de 50 años.
- Ausencia de mutación del gen PrP.
- Encefalograma no muestra complejos periódicos típicos.
- Las investigaciones de rutina no sugieren diagnóstico alternativo.
- A la imagenología por Resonancia Nuclear Magnética (RNM) se puede observar atrofia cortical y señales hiperintensas en los cortes axiales de T2 en ganglios basales, tálamo e hipotálamo y/o de densidad de señal de protón a nivel del pulvinar. La RNM con técnicas de difusión, puede mostrar hiperintensidades en los núcleos estriados (putamen y caudado) y en áreas de la corteza cerebral.

Un paciente con un desorden neuropsiquiátrico progresivo y cinco de los seis hechos clínicos y todos los criterios debe ser considerado como un caso sospechoso de nueva variante.

Criterios de laboratorio

- El diagnóstico confirmatorio sólo se hace por anatomía patológica, mediante examen post-mortem de tejido cerebral o inmunocitoquímica.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal.
2. **Objetivo:** identificar todos los casos de ECJ en Chile para asegurar que no existen casos de la nueva variante en nuestro país.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Formulario de Notificación de Caso de ECJ y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51 N° 15 del 18 Julio 2007.

.ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (CIE 10:A41.3;G00.0;J14.X)

Descripción Clínica: Existen varias formas clínicas de la enfermedad invasiva causada por *H. influenzae* tipo b. Siendo la meningitis la manifestación más frecuente. Otras formas frecuentes de infección invasiva por *H. influenzae* tipo b son la epiglotitis, la artritis séptica, la celulitis (infección a la piel y los tejidos blandos) y la neumonía unifocal o multifocal. La osteomielitis y la pericarditis son menos frecuentes.

Las complicaciones más frecuentes de la meningitis son las convulsiones, el aumento de presión intracraneal, la parálisis de los nervios faciales, los accidentes cerebrovasculares, la herniación cerebral, la mielitis transversa, la ataxia, la trombosis de los senos venosos y los abscesos subdurales.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** todo niño menor de cinco años de edad que presenta un cuadro infeccioso compatible con enfermedad bacteriana invasora (meningitis, septicemia, neumonía, pleuritis, celulitis, artritis, osteomielitis, bacteriemia, epiglotitis y peritonitis) cuyas muestras de hemocultivo, LCR u otras cavidades estériles, sean positivas al Gram (cocobacilos Gram negativos) o al cultivo para *Haemophilus influenzae*, en el laboratorio local.
- **Caso Confirmado:** todo caso sospechoso que es confirmado mediante aislamiento y serotipificación en el Instituto de Salud Pública (ISP).

Criterios de laboratorio

- Hemocultivo, LCR u otras muestras provenientes de cavidades estériles positivas al cultivo para *Haemophilus sp.*

La confirmación diagnóstica y serotipificación la realiza el ISP.

De acuerdo al D.S. N° 158, los laboratorios clínicos públicos y privados que identifiquen este agente deberán notificar y enviar la cepa al ISP, quien realizará la confirmación, serotipificación y vigilancia de resistencia antimicrobiana.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. El médico tratante debe notificar el caso sospechoso por la vía mas expedita.
2. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la vacunación y características de la enfermedad invasora por Hib.
3. **Formulario:** Formulario de notificación inmediata de caso de *Haemophilus influenzae* tipo b y Boletín ENO.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos.

Normativa de vigilancia y control: Circular N° B51/18 del 23 julio 2008.

.ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA (CIE 10: A39)

Descripción Clínica: La Enfermedad Meningocócica es causada por la *Neisseria meningitidis* y se manifiesta frecuentemente como Meningitis, Meningococemia o ambos cuadros clínicos. De comienzo repentino, caracterizada por fiebre, signos meníngeos, manifestaciones cutáneas (erupción petequiral), artritis y alteraciones del líquido céfalo raquídeo (L.C.R.). En lactantes y niños pre- escolares la sintomatología es poco clara con una marcada irritabilidad.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Paciente mayor de 1 año de edad que presenta fiebre súbita mayor de 38°C, cefalea, vómitos y al menos uno de los siguientes síntomas o signos: rigidez de nuca, alteración de conciencia, otros signos de irritación meníngea (kernig, Brudzinsky), erupción cutánea petequiral o purpúrica.

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad, convulsiones, con o sin erupción petequiral.

- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que se confirma por laboratorio o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Nota: cuando no exista confirmación por laboratorio (debido al inicio previo de antibiótico del paciente) o por nexo epidemiológico, el caso se clasificará como confirmado por clínica cuando su evolución sea compatible con un cuadro de Enfermedad Meningocócica. Este diagnóstico deberá ser ratificado por expertos clínicos.

Criterios de laboratorio

- Cultivo bacteriano: aislamiento del agente etiológico por medio de cultivo de Líquido Céfaloraquídeo (LCR), sangre, otro fluido o tejido de sitio normalmente estéril.
- PCR en tiempo real de LCR.

***La confirmación diagnóstica y la tipificación la realiza el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Prevenir la aparición de nuevos casos. Sujeta a Programas internacionales de vigilancia y control.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos aislados y brotes pequeños (casos co-primarios o secundarios) o por serogrupo C (Institucional o Comunitarios).
4. **Frecuencia de la Notificación:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío de la SEREMI de Salud al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Notificación Inmediata de Enfermedad Meningocócica y BOLETÍN ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/09 del 06/02/2009.

.FIEBRE AMARILLA (CIE10: A95)

Descripción Clínica: Enfermedad caracterizada por la aparición aguda de fiebre, cefalea y dolor de espalda, seguida de ictericia en un plazo de dos semanas después de la aparición de los primeros síntomas.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Paciente con cuadro agudo febril de inicio súbito, residente o que estuvo en área con circulación viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o aislamiento viral en mosquitos), en los últimos 15 días, sin antecedentes de vacunación antiamarilica o con situación vacunal desconocida. En situación epidemiológica de país con transmisión, se considera también: individuo con cuadro febril agudo de inicio súbito, seguido de ictericia y/o manifestaciones hemorrágicas independiente de la situación vacunal para fiebre amarilla.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que es confirmado en el laboratorio de referencia nacional o un caso sospechoso que evolucionó a la muerte en menos de 10 días desde el inicio de los síntomas, sin confirmación de laboratorio, en el curso de un brote, en que otros casos fueron confirmados por laboratorio.

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

Criterios de laboratorio

- Presencia de IgM específica para la fiebre amarilla.
- Aumento al cuádruple de los niveles de IgG sérica en pares de muestras de suero (fase aguda y convalescencia).
- Histopatología hepática post mortem positiva.
- Detección del antígeno específico en los tejidos por inmunohistoquímica.
- Detección de secuencias genómicas del virus (PCR) en la sangre u órganos.
- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla.

**En Chile, las muestras de suero deben ser enviadas al ISP, para la detección de IgM específica y su derivación a centros internacionales para confirmación.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Enfermedad objeto del Reglamento Sanitario Internacional.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos importados.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** BOLETÍN ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

.FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL (WEST NILE) (CIE10: A92.3)

Descripción Clínica: Cerca del 20% de las personas que han sido infectadas contraerá la fiebre del Nilo Occidental, que se caracteriza por fiebre, dolor de cabeza, cansancio y dolores musculares y, ocasionalmente, erupción cutánea en el tronco y adenopatías. Estos síntomas pueden perdurar entre 3 a 6 días.

La infección grave como la encefalitis, meningitis del Nilo Occidental o meningoencefalitis, incluyen dolor de cabeza, fiebre alta, rigidez del cuello, estupor, desorientación, coma, temblores, convulsiones, debilidad muscular y parálisis.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Enfermedad febril con manifestaciones neurológicas que varían de la cefalea a la meningitis aséptica o la encefalitis, habitualmente, paciente mayor de 40 años.
- **Caso Probable:** Caso sospechoso con uno o más de los siguientes criterios:
 - I. Demostración de un título elevado de anticuerpos IgG específicos contra el virus del Nilo Occidental en el suero en fase de convalecencia (sometido a tamizaje por ELISA, o inhibición de la hemoaglutinación (IH) y confirmado por neutralización de reducción de placas (PRNT).
- **Caso Confirmado:** Caso probable con uno o más de los siguientes criterios:
 - I. Aislamiento del virus del Nilo Occidental o la detección del antígeno del virus del Nilo Occidental o del genoma vírico en tejido, suero, líquido cerebro-espinal (LCE) u otros fluidos corporales.
 - II. Demostración del anticuerpo IgM contra el VNO en el LCE por ELISA de IgM.
 - III. Cuadruplicación de los títulos de anticuerpos neutralizantes por la prueba de reducción en placa (PRNT) en muestras pareadas del suero o el LCE obtenidas en la fase adecuada.
 - IV. Demostración de IgM específica al Virus del Nilo Occidental por ELISA de IgM en muestra de líquido cerebro-espinal.

Criterios de laboratorio

- ELISA IgM: detecta anticuerpos específicos contra el virus del Nilo Occidental, a partir del 8º día de la enfermedad. Es una prueba de captura, muy sensible y útil para muestras humanas y animales. Puede realizarse en suero o líquido cerebro-espinal.
- ELISA IgG: es menos específica que la IgM y aparece más tardíamente. Es útil para el diagnóstico en muestras pareadas, donde se comprueba un alza en los anticuerpos o una seroconversión. Se utiliza sólo para muestras de suero humano.
- RT-PCR específica para West Nile: detecta ácidos nucleicos específicos de West Nile en muestras de suero, líquido cerebro-espinal, tejidos tanto de humanos como de animales.
- Aislamiento Viral: se requiere un laboratorio con alto nivel de bioseguridad (P3), un sistema de células sensibles al virus y es útil en la fase aguda de la enfermedad a partir de muestras como LCR o tejidos. El virus es identificado mediante su efecto citopático o por técnicas de inmunofluorescencia o IFI utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
- Otras técnicas, tales como la Inhibición de la hemaglutinación (IH) o prueba de neutralización por reducción de placas (PRNT) son técnicas muy sofisticadas y su utilidad se debe a que funcionan independiente de la especie que se trate.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en con coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Detectar los primeros casos en humanos; establecer las medidas adecuadas para la protección de las personas y para limitar la diseminación del virus e, identificar el riesgo de transmisión del virus a la población humana.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos importados.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Notificación e Investigación de Casos Sospechosos de Encefalitis del Nilo Occidental; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B 51 N° 17 del 28 Abril 2006.

.FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA (CIE 10: A01.0 – A01.4)

Descripción Clínica: Se caracteriza por un comienzo insidioso con fiebre alta y continua por más de 3 a 4 días, compromiso del estado general, diarrea, periodos de constipación, dolor abdominal, molestias digestivas, cefalea intensa, bradicardia relativa y otros síntomas inespecíficos al inicio; a veces se detecta al examen físico, hepatoesplenomegalia en la segunda semana de evolución.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** caso compatible con la descripción clínica y que puede estar relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado.
- **Caso Confirmado:** caso sospechoso que es confirmado en laboratorio mediante aislamiento del agente.

Criterios de laboratorio

- Hemocultivo (+) para *Salmonella Typhi* o *Paratyphi*
- Mielocultivo (+) para *Salmonella Typhi* o *Paratyphi*

La *Salmonella typhi* o *Salmonella paratyphi* A, B, C, es una agente de vigilancia de laboratorio de acuerdo al D.S. N° 158, por lo cual, se deben remitir todas las cepas identificadas en los laboratorios locales al Instituto de Salud Pública (ISP) para estudio de sensibilidad y fagotipificación, usando los formularios diseñados por el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Disminuir la incidencia de la enfermedad.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales y brotes intrafamiliares.
4. **Frecuencia de la notificación:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío de la Seremi al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/17 de 17 Julio 2008.

.GONORREA (CIE 10: A54)

Descripción Clínica: Infección caracterizada por secreción uretral purulenta o mucopurulenta en el hombre y cervical en la mujer. Existen portadores asintomáticos de *Neisseria gonorrhoeae*, especialmente en mujeres.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** caso que cumple con la descripción clínica o contacto de caso confirmado.
- **Caso Confirmado:**
 - En hombres:** caso que cumple con la descripción clínica confirmado con tinción de Gram que evidencia diplococos Gram (-) o a través de cultivo en medio selectivo (Thayer Martin).
 - En mujeres:** caso que cumple con la descripción clínica confirmado con cultivo en medio selectivo (Thayer Martin) de secreción endocervical.

Criterios de laboratorio

- Tinción de Gram: Permite la identificación de diplococos Gram (-) intracelulares tanto en secreción uretral, conjuntival, endocervical y otras. En hombres la sensibilidad del Gram es de 90% con una especificidad de 99%. En mujeres la sensibilidad de la tinción de Gram es de 50% y la especificidad es del 95%.
- Cultivo: se requiere de medio selectivo como por Ej: Thayer Martin.
- En las mujeres: Dada la sensibilidad de la tinción de Gram se requiere cultivo de secreción endocervical para confirmar diagnóstico.
- En hombres y mujeres el estudio de secreción rectal siempre requiere confirmación con cultivo.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Disminuir la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Endémica.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Formulario de Notificación de caso de ETS y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

.HEPATITIS A, VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (CIE 10: B15.0; B15.9; B19.0 Y B19.9) HEPATITIS E (CIE 10: B17.2)

Descripción Clínica: Enfermedad aguda que se presenta con compromiso del estado general, fiebre, náuseas, dolor abdominal, ictericia y sensibilidad del cuadrante superior derecho, acompañado de alteraciones de las pruebas hepáticas y elevación de las enzimas hepáticas. Las hepatitis de transmisión entérica (hepatitis A y E), no desarrollan infección crónica. Existe una gran cantidad de casos subclínicos o anictéricos, especialmente en niños menores. La severidad del cuadro de hepatitis A aumenta con la edad. La hepatitis sintomática ocurre en menos del 10% de los menores de 6 años, en 40-50% entre los 6 a 14 años y 70-80% de los mayores de 14 años. La hepatitis E ocurre más frecuentemente en los adultos jóvenes y es clínicamente indistinguible de la tipo A.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** caso compatible con la descripción clínica y/o con exámenes de laboratorio compatibles (pruebas de función hepática alteradas).
- **Caso Confirmado:** caso sospechoso confirmado por laboratorio con técnicas de diagnóstico virológico o caso sospechoso en que se comprueba nexo epidemiológico, durante los 15 a 50 días precedentes a la aparición de los síntomas, con un caso confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Hepatitis A: positivo para IgM anti-VHA.
- Hepatitis E: positivo para IgM anti-VHE.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Disminuir la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos aislados y brotes.
4. **Frecuencia de la notificación:** El médico tratante debe notificar cada caso confirmado de forma diaria a la Seremi de salud.
5. **Frecuencia de envío de la Seremi al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Formulario de Notificación de Brotes de hepatitis A y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/31 del 31 Julio 2006.

.HEPATITIS B (CIE 10: B16; B18.0- B18.1)

Descripción Clínica: Las manifestaciones clínicas de la Hepatitis B dependen de la edad. Los recién nacidos, generalmente no presentan ni signos ni síntomas, pero presentan antigenemia crónica y desarrollan con mayor probabilidad hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular. Se estima que el 80% de los hepatomas son causados por hepatitis B. Los adolescentes y adultos son asintomáticos en un 50 a 70%. Los casos clínicos, generalmente evolucionan con ictericia.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Caso compatible con la descripción clínica y que presenta niveles elevados de transaminasas sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática y antecedentes compatibles con transmisión de esta enfermedad.
- **Caso Confirmado:** Un caso sospechoso confirmado por laboratorio por laboratorio de referencia nacional (ISP). (serología o histopatología compatible).

Criterios de laboratorio

- Antígeno de superficie de hepatitis B positivo: HbsAg (+).
- Anticuerpo anti core IgM positivo: Anti HBc IgM (+).

El Virus de la Hepatitis B, es una agente de vigilancia de laboratorio de acuerdo al D.S. N°158, por lo cual, se deben remitir todas las cepas identificadas en los laboratorios locales al Instituto de Salud Pública (ISP).

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Reducción de la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Reporte de Brotes Hepatitis B y C; Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B511/16 del 30 Marzo 2009.

.HEPATITIS C (CIE 10: B17.1; B18.2)

Descripción Clínica: La Hepatitis C evoluciona con ictericia con menor frecuencia que la Hepatitis B, si bien la infección inicial puede ser asintomática (más del 90% de los casos), o tener manifestaciones leves, un elevado porcentaje de enfermos (entre 50% y 80%) presentan infección crónica y la mitad puede producir cirrosis, hepatitis crónica o carcinoma hepatocelular.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Caso compatible con la descripción clínica y que presenta niveles elevados de transaminasas sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática y antecedentes compatibles con transmisión de esta enfermedad.
- **Caso Confirmado:** Un caso sospechoso confirmado por laboratorio de referencia nacional (ISP). (serología o histopatología compatible).

Criterios de laboratorio

- Positivo para anti - VHC. El examen está disponible en todos los bancos de Sangre del país. Debido a que hay muchos falsos positivos (población sana asintomática), deben ser confirmados por el ISP.
- PCR que detecta el ARN del virus.

El Virus de la Hepatitis C, es una agente de vigilancia de laboratorio de acuerdo al D.S. N° 158, por lo cual, se deben remitir todas las cepas identificadas en los laboratorios locales al Instituto de Salud Pública (ISP).

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Reducción de la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Reporte de Brotes Hepatitis B y C; Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B511/16 del 30 Marzo 2009.

.HIDATIDOSIS (EQUINOCOCOSIS) (CIE 10: B67)

Descripción Clínica: Enfermedad causada por el enquistamiento de las larvas del cestodo que da origen a formación de quistes (únicos o múltiples) en los distintos órganos y tejidos, siendo los más frecuentemente afectados el hígado y los pulmones. Los quistes aumentan de tamaño a un ritmo de alrededor de 16 mm al año y las manifestaciones clínicas dependen del crecimiento de éste al interferir en la función del órgano en el que se ubica.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Clínica compatible, epidemiología compatible, diagnóstico imagenológico y/o prueba serológica.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso confirmado por anatomía patológica o, visualización directa por microscopía de protoescolices del cestodo.

** A efectos de notificación, se considerará caso nuevo a una persona con antecedentes de intervención quirúrgica por esta enfermedad, cuando hayan pasado 10 o más años de la intervención.

Criterios de laboratorio

- Técnicas imagenológicas: ecografía, radiografía, tomografía axial computarizada y/o resonancia nuclear magnética.
- Técnicas de inmunodiagnóstico: hemaglutinación indirecta (alta sensibilidad) inmunoensayo enzimático (ELISA) y Western blot.
- Técnicas parasitológicas: Visualización directa por microscopía de protoescolices del cestodo, restos de membranas y estudio histopatológico de la pieza extraída.

La confirmación diagnóstica la realiza el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Interrumpir la transmisión para disminuir la incidencia.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

.INFECCIÓN POR HANTAVIRUS (CIE 10: B33)

Descripción Clínica: El SCPH es una enfermedad febril caracterizada por infiltración pulmonar intersticial y compromiso respiratorio que requiere oxigenación suplementario y simula un Síndrome de Distress Respiratorio Agudo. El pródromo de la enfermedad se caracteriza por fiebre, mialgias, escalofríos, astenia, cefalea y síntomas gastrointestinales. Típicamente los exámenes de laboratorio muestran hemoconcentración, desviación a izquierda de glóbulos blancos, leucocitosis con neutrofilia, linfocitos atípicos, trombocitopenia y presencia de inmunoblastos. En la Fase Cardiopulmonar aparece súbitamente insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica que evoluciona hacia un edema pulmonar agudo, con shock, pudiendo llegar a la muerte.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso de Síndrome Cardiopulmonar:**
 - I. Cuadro clínico caracterizado por fiebre (T° superior a 38.3° C) con mialgias, cefalea, acompañado o no de síntomas gastrointestinales, que presenta una radiografía de tórax con infiltrado intersticial uni o bilateral o un hemograma con: trombocitopenia, recuento de blancos con desviación a izquierda, inmunoblastos $>10\%$ (linfocitos atípicos) y/o hemoconcentración y, que además, tiene el antecedente de situaciones de riesgo o exposición a roedores silvestres en las 6 semanas previas al inicio de los síntomas o
 - II. Cuadro de distress respiratorio agudo (SDRA) sin causa que lo explique, y que ocurre en una persona previamente sana o
 - III. Cuadro respiratorio inexplicable, con resultado de muerte y autopsia que demuestra edema pulmonar no cardiogénico.

- **Caso sospechoso de Enfermedad Leve:**
 - I. Persona que estando previamente sana, presenta un cuadro febril caracterizado por síntomas inespecíficos como: cefalea, mialgias, calofríos con o sin síntomas gastrointestinales que evoluciona sin complicaciones pulmonares, sin requerimientos de oxígeno y con radiografía de tórax normal. En zonas endémicas el diagnóstico debe sospecharse en el período prodrómico, usando esta definición.

- **Caso Confirmado:** Caso clínicamente compatible con la definición de caso sospechoso de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus o Enfermedad Leve, que ha sido confirmado por el Laboratorio de Referencia (ISP).

Criterios de laboratorio

- Serología: detección de anticuerpos específicos IgM e IgG presentes en el suero o sangre.
- Transcripción reversa acoplada con Reacción de Polimerasa en Cadena (RT-PCR): detección del material genético viral en sangre o tejidos.
- Inmunohistoquímica (IHQ): detección de antígenos virales en tejidos de necropsia.

La confirmación diagnóstica la realiza el Laboratorio de Referencia Nacional del Instituto de Salud Pública de Chile. Actualmente, los laboratorios de la Universidad Austral de Valdivia y la Universidad

Católica de Chile, realizan serología y PCR, sin embargo, estos resultados deben ser confirmados por el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Disminuir la morbimortalidad por hantavirus en Chile.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos y conglomerados. Enfermedad Ocupacional (Ley 16.744).
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Notificación Inmediata y envío de muestras para casos sospechosos de infección por Hantavirus, encuesta Epidemiológica e Investigación Ambiental; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular 4F/45 del 31 Diciembre 2001

.INFECCIÓN POR VIH Y SIDA (CIE 10: B20-B24; Z21.X)

Descripción Clínica: El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este virus destruye o daña las células del sistema inmune de la persona interfiriendo en la capacidad del cuerpo de luchar efectivamente contra los virus, bacterias y hongos que causa la enfermedad. La infección por VIH hace que la persona sea más susceptible a infecciones que normalmente el cuerpo humano puede resistir como la neumonía, la meningitis y cierto tipo de cáncer. Al virus y a la infección se les conoce como VIH. El término SIDA es utilizado para catalogar a las etapas tardías de la infección por el virus del VIH. Pero, ambos términos, VIH y SIDA se refieren a la misma enfermedad.

Definición de caso

- **Caso Confirmado:** Toda persona cuyos resultados de las pruebas de laboratorio han sido confirmados por el Instituto de Salud Pública.

Etapificación de Casos de VIH-SIDA en adultos (CDC, 1993): La etapificación del paciente, requiere realizar el cruce entre el recuento de linfocitos TCD4 (1, 2 o 3) y las etapas clínicas (A, B o C).

	ETAPA A	ETAPA B	ETAPA C
Linfocitos TCD4	Infección Primaria Asintomático LGP	Infecciones y tumores no definitorios	Infecciones y tumores definitorios
1 > (499)			SIDA
2 (200-499)			SIDA
3 (< 200)	SIDA	SIDA	SIDA

Los pacientes clasificados en las etapas A3, B3, C1, C2 y C3 son considerados casos de SIDA.

Etapificación de casos de VIH/SIDA en menores de 13 años (CDC 1994):

La etapificación del paciente se basa en el cruce de la categoría de supresión (1, 2 ó 3) y la categoría clínica (N, A, B o C):

	Clasificación CDC 1994 para Menores de 13 años			
	N: Asintomático	A: Síntomas leves	B: Síntomas moderados	C: Síntomas severos
1- Sin supresión inmune	N1	A1	B1	C1
2- Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3- Supresión severa	N3	A3	B3	C3

Los casos clasificados en las etapas C1, C2 y C3 son considerados casos de SIDA. Asimismo, los casos clasificados en la etapa B3, dependiendo de las manifestaciones clínicas presentes en el paciente, pueden ser considerados casos de SIDA.

Criterios de laboratorio

- Inmunofluorescencia (IFI).
- Inmunoensayo en línea (INNO-LIA).
- Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR).

Modalidad de Vigilancia

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Disminuir la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Endémica.
4. **Frecuencia de notificación:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío de la SEREMI al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Notificación de caso de VIH/SIDA y Formulario de Cambio de etapa VIH/SIDA; Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/35 del 14 Octubre 2010.
ORD. B22/N°4220 del 28 Octubre 2009 (instruye sobre codificación de casos).
Res. Exenta N° 371 de febrero del 2001 del MINSAL (la infección por VIH/SIDA debe ser confirmada por el ISP).

.INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA (CIE 10:J09, J10-J11)

Descripción Clínica: La infección respiratoria aguda grave (IRAG) con o sin neumonía puede ser una complicación frecuente de la influenza: algunas veces la neumonía puede ser primaria debido al virus de la influenza, en cuyo caso la tasa de letalidad es alta; una neumonía bacteriana secundaria es más común. En la influenza H1N1 pandémica, se puede observar con mayor frecuencia la ocurrencia de neumonía viral con insuficiencia respiratoria aguda grave en pacientes previamente sanos y en poblaciones de riesgo. Los pacientes pueden presentar algunos signos y síntomas, como dificultad respiratoria, disnea, cianosis, compromiso hemodinámico, desaturación lo que hace necesario oxigenoterapia y algunos casos de mayor gravedad requieren ventilación mecánica.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso de Infección respiratoria aguda grave (IRAG):** Persona que se hospitaliza por infección respiratoria aguda (IRA) o neumonía sin causa etiológica conocida y que presenta al menos uno de los siguientes criterios de gravedad:

Criterios de gravedad en adultos

- Taquipnea: FR > 26 x minuto.
- Hipotensión: PAS < 90 mmHg.
- Disnea.
- Cianosis.
- Hipoxemia: saturación de O₂ < 90 por oxímetro de pulso, respirando aire ambiental.
- Consulta repetida por deterioro clínico.

Criterios de gravedad en niños

- Hipoxemia: saturación de O₂ < 93% respirando aire ambiental.
 - Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes).
 - Dificultad respiratoria o aumento del trabajo respiratorio.
 - Compromiso hemodinámico.
 - Consulta repetida por deterioro clínico.
- **Caso confirmado de IRAG por Influenza:** persona que se hospitaliza por una IRAG y se confirma influenza estacional o influenza pandémica (H1N1) 2009 por RT-PCR (Reacción de Polimerasa en Cadena en Tiempo Real).

Criterios de laboratorio

- Reacción de Polimerasa en Cadena en Tiempo Real (RT-PCR): identificación del material genético viral. Realizada en el ISP y en la red de 6 laboratorios regional de PCR.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Estimar la carga de morbilidad y gravedad de las enfermedades respiratorias graves relacionadas con la influenza estacional y pandémica (H1N1) 2009, así como detectar cuadros graves de tipo respiratorio de etiologías virales desconocidas.
3. **Forma de presentación habitual:** Epidemia, brote estacional (otoño-invierno) y casos esporádicos el resto del año.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Notificación inmediata y envío de muestras a confirmación de casos de IRA grave y fallecidos por Influenza.

Normativa de vigilancia y control: Circular B 51/20 del 14 mayo 2010

.LEPRA (ENFERMEDAD DE HANSEN) (CIE10: A30)

Descripción Clínica: Hay dos formas polares de lepra: lepromatosa y tuberculoide. En la primera, los nódulos, pápulas, máculas y las infiltraciones difusas son bilaterales y simétricas, generalmente, numerosos y extensos. El compromiso de la mucosa nasal produce costras, dificultad para respirar y epistaxis. El compromiso ocular: iritis y queratitis. En la forma tuberculoide, las lesiones son únicas o pocas, delimitadas, anestésicas o hipoestésicas, y el compromiso bilateral asimétrico de los nervios periféricos suele ser grave. Existen además formas intermedias (borderline) y la forma inicial llamada indeterminada.

Definición de caso

Persona que tiene una o más de las siguientes condiciones y que debe someterse a un tratamiento completo:

- Lesiones de la piel hipo o hiperpigmentadas con pérdida clara de la sensibilidad,
- Compromiso de los nervios periféricos demostrada por engrosamiento definido y pérdida de la sensibilidad, o
- Frotis cutáneo positivo para bacilos alcohol-ácido resistentes.

La definición de caso incluye pacientes que comenzaron una terapia multidroga pero que no han recibido tratamiento por 12 meses consecutivos y que presentan algún signo de enfermedad activa, así como pacientes con recaídas después de completar un tratamiento completo. No se debe incluir personas curadas pero con reacciones tardías o daños residuales.

Criterios de laboratorio

- Frotis cutáneo positivo para bacilos alcohol-ácido resistentes. Frotis (-) no lo excluye.
- Pruebas serológicas (antígeno PGL1 de Brennan).
- Pruebas de transformación linfocitaria (TTL).
- Prueba de Mitsuda negativa (indica déficit inmunológico).
- Histología.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal.
2. **Objetivo:** Enfermedad objeto de eliminación.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04 - Serie de Informes Técnicos del Comité de Expertos en Lepra, Informe 7°. OMS, 1998.

.LEPTOSPIROSIS (CIE 10: A27)

Descripción Clínica: Más del 90% de los enfermos sintomáticos sufren la variante leve y generalmente anictérica, con o sin meningitis asociada y el resto, la forma grave, llamada leptospirosis icterica o Síndrome de Weil.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** persona de cualquier edad con fiebre de inicio brusco, cefalea, mialgia (principalmente de pantorrillas y región lumbar) y con alguno de los siguientes signos o síntomas:
 - I. Irritación conjuntival, irritación meníngea (rigidez de nuca), insuficiencia renal (anuria, oliguria y/o proteinuria), ictericia, manifestaciones hemorrágicas (intestinales y pulmonares), arritmia o insuficiencia cardiaca, disnea. Otros: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas y artralgias.
 - II. Que además, presente el antecedente de exposición a orina de animales, agua o lodo que pudieran haber estado contaminados por animales infectados.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que ha sido confirmado por laboratorio de Referencia Nacional (ISP) o Universidad Austral de Chile (Valdivia), mediante técnica de Microaglutinación (MAT).

Criterios de laboratorio

El diagnóstico definitivo se basa en el aislamiento del microorganismo o la seroconversión con el aumento del título de anticuerpos (MAT), considerada esta última, como el "Gold Standard".

- La prueba de Aglutinación Microscópica (MAT) mide la seroconversión o el aumento del título de anticuerpos a leptospira. Permite además la identificación del serovar infectante.
- El aislamiento del microorganismo en sangre, LCR u orina, es una técnica de baja sensibilidad y requiere laboratorio de mayor complejidad. No se realiza actualmente en el Instituto de Salud Pública (ISP).
- La técnica de ELISA de IgM, se realiza solamente como diagnóstico presuntivo.
- PCR realizada en el Laboratorio de Biología Molecular del ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** El objetivo de la vigilancia es conocer las características epidemiológicas de los casos, forma de presentación y fuentes de infección, con el fin de cortar la transmisión y desarrollar estrategias de prevención e intervención en humanos.
3. **Forma de presentación habitual:** casos esporádicos, pequeños brotes y enfermedad ocupacional.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.

5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Notificación Inmediata e Investigación de caso de Leptospirosis; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51 N° 10 del 6 Febrero 2009.

.MALARIA (CIE 10: B50-B54)

Descripción Clínica: Fiebre mayor de 38°C, cefalea, dolor de espalda, escalofríos, sudoración, mialgias, náuseas, vómitos, diarrea y tos. Si no se trata, la infección masiva por *P. falciparum* puede conducir al coma, convulsiones generalizadas, anemia normocítica, insuficiencia renal, colapso circulatorio y shock, hemorragia espontánea, edema pulmonar y muerte.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Todo individuo que presenta un cuadro febril y que reside o procede de área donde haya transmisión de malaria o que haya recibido transfusión sanguínea en zonas endémicas, en un período de 8 a 30 días antes del inicio de los síntomas.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso con detección de plasmodio al examen microscópico de frotis sanguíneo.

Criterios de laboratorio

- Detección de los parásitos en frotis sanguíneos o por técnicas inmunocromatográficas que detectan proteínas específicas del parásito.

La confirmación diagnóstica se realiza en el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Impedir la reintroducción de la enfermedad al país.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos importados.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Vigilancia de Febriles y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: ORD. B51 N° 2233 de 9 Mayo 2007.

.MENINGITIS BACTERIANAS (CIE 10: A39/G00.0/G00.1/A32.1)

Descripción Clínica: La meningitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación de las membranas protectoras que envuelven el cerebro y la médula espinal. El síndrome meníngeo se caracteriza por fiebre de inicio súbito, cefalea, rigidez de nuca y otros síntomas como alteración del estado de conciencia, y náuseas. Las causas pueden ser infecciosas (bacterias, virus, hongos o parásitos) y no infecciosas (cáncer, diabetes, traumatismos, y reacción adversa a medicamentos, entre otras). *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* son responsables del 85% de las meningitis.

Otros agentes que se presentan con menor frecuencia como agentes de meningitis bacteriana incluyen a *Streptococcus agalactiae*, bacilos Gram negativos como *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes* y *Mycobacterium tuberculosis* y en forma cada vez menos frecuente *Haemophilus influenzae*, debido a la introducción de vacuna.

Definición de Caso

- **Caso Sospechoso:** Todo paciente que presente fiebre súbita mayor de 38°C y cefalea asociado a síntomas y signos que hagan sospechar un síndrome meníngeo:
 - Alteración de conciencia como somnolencia, confusión, letargia, estupor o coma (definido por Escala de Glasgow)
 - Rigidez de nuca
 - Signos de irritación meníngea positivo (Kerning¹, Brudzinsky²)

Puede presentar además alguno de los siguientes síntomas o signos:

- Convulsiones
- Rash purpúrico o petequiral
- Náuseas
- Vómitos

En menores de 1 año los síntomas y signos clásicos de fiebre, cefalea y rigidez de nuca pueden estar ausentes o ser difíciles de detectar. Los lactantes pueden presentar inactividad, irritabilidad, inapetencia, somnolencia, vómitos y abombamiento de fontanela.

- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso que se confirma por laboratorio o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

1 Signo de Kerning: elevación en extensión de las extremidades inferiores, si hay irritación meníngea el paciente las flexa para disminuir el dolor.

2 Signo de Brudzinsky busca la rigidez del cuello.

Para el diagnóstico de meningitis, es imprescindible realizar una punción lumbar (PL) y hemocultivo periférico a todos los casos sospechosos

Criterios de Laboratorio

- **Cultivo LCR, Hemocultivo:** aislamiento del agente etiológico por medio de cultivo de Líquido Céfalorraquídeo (LCR) o sangre
- PCR en tiempo real de LCR.

*** La confirmación diagnóstica y la tipificación la realiza el ISP.

- **Estudios de Clonalidad:** En caso de sospecha de brotes de *N.meningitidis*, *H.influenzae* tipo b y *S. pneumoniae*, el ISP dispone de técnicas de tipificación genética, como la **Electroforesis de Campo Pulsado**.
- **Muestras en cadáveres:** Cuando se sospeche una meningitis o sepsis en personas fallecidas, frente a cualquier muerte fulminante con presencia de cuadro febril, presencia de petequias cutáneas y hemorragia suprarrenal, junto al estudio histopatológico, es necesario realizar estudio microbiológico, tomando muestras de: 1) Sangre y Suero, 2) LCR y 3) Tejidos y Órganos en Fresco (bazo, hígado, pulmón, miocardio, cerebro, riñón y glándulas suprarrenales).
- Todos los Cultivos positivos de Laboratorios de hospitales públicos y privados deben enviar al ISP toda cepa aislada en el nivel local.
- Las muestras de LCR con cultivo negativo de los laboratorios de Hospitales (públicos) de los Servicios de Salud deben enviar la muestra al ISP (casos ingresados a la vigilancia)

Modalidad de Vigilancia

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:**
 - Conocer la incidencia de los distintos microorganismos causales de meningitis bacterianas en Chile.
 - Detectar cambios en el comportamiento epidemiológico las cepas circulantes.
 - Caracterizar los cambios epidemiológicos producto de intervenciones de salud pública como inmunizaciones.
 - Generar información para fundamentar la introducción de nuevas vacunas, y monitorear su impacto.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos aislados y brotes pequeños, dependiendo del microorganismo causante.
4. **Frecuencia de la Notificación:** Inmediata
5. **Frecuencia de envío de la SEREMI de Salud al MINSAL:** Inmediata
6. **Formulario:** Notificación Inmediata de Meningitis Bacteriana y BOLETÍN ENO.

Normativa de vigilancia y control: en elaboración

.PAROTIDITIS (CIE 10: B26)

Descripción Clínica: Los síntomas iniciales son inespecíficos: mialgias, dolor de cabeza, malestar general y fiebre, posteriormente se presenta un aumento de volumen y dolor al tacto de una o más glándulas salivares, especialmente las parótidas y menos frecuentemente las submaxilares y sublinguales. Puede presentarse orquitis (20 a 30%) en los hombres y ooforitis en las mujeres. En adultos se puede presentar meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis, neuritis, artritis, mastitis, nefritis, tiroiditis y pericarditis. Durante el primer trimestre de embarazo existe el riesgo de aborto espontáneo. Rara vez se produce esterilidad en hombres como secuela de esta enfermedad y no hay pruebas definitivas de que la enfermedad durante la gestación produzca malformaciones congénitas.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** paciente que presenta un cuadro infeccioso de comienzo agudo con aumento de volumen uni o bilateral, generalmente autolimitada de la glándula parótida y, que en ocasiones puede afectar a glándulas sublinguales o submaxilares, con una duración de 2 días o más y sin otra causa aparente.
- **Caso Confirmado:** un caso sospechoso confirmado por laboratorio o que cumple con la definición clínica de caso y está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado.

Criterios de laboratorio

- Pruebas serológicas como ELISA para anticuerpos IgM.
- RT-PCR.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal.
2. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la vacunación. Investigar brotes para la adopción de medidas de control.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales o brotes especialmente en invierno y primavera.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51 N° 19 de 25 Julio 2008.

.PESTE (CIE10:A20)

Descripción Clínica: Aparición rápida de fiebre, escalofrío, cefalea, malestar general, postración y leucocitosis; en la forma bubónica, edema doloroso de los ganglios linfáticos regionales (bubones); en la forma neumónica (extremadamente grave): tos con expectoración sanguinolenta, dolor torácico y dificultad respiratoria.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Todo paciente que visitó en los 10 días previos un área endémica o próxima a un foco natural de transmisión de peste y que presenta un cuadro agudo de fiebre y adenopatías (sintomático ganglionar), o síntomas respiratorios (sintomático neumónico), acompañado o no de manifestaciones clínicas generales de la enfermedad.
- **Caso Confirmado:** caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas o nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Aislamiento de *Yersinia pestis* en cultivos de bubones, sangre, líquido cefalorraquídeo o expectoración, o
- Prueba de hemoaglutinación pasiva (PHA) que muestra una cuadruplicación del título de anticuerpos específicos para el antígeno F1 de *Y. pestis* en dos muestras de suero.
- Inmunofluorescencia indirecta.
- Dot-Elisa.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contagio para interrumpir la transmisión.
3. **Forma de presentación habitual:** Brote.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

.POLIOMIELITIS (CIE 10: A80)

Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años y Monitoreo de Síndrome de Guillain Barre.

Descripción Clínica: El síndrome de parálisis flácida aguda (PFA) se caracteriza por debilidad muscular de inicio brusco y progresión rápida, que comienza por las extremidades y puede llegar a comprometer los músculos de la respiración y/o estructuras anatómicas dependientes del tronco encefálico en un lapso de 1 a 10 días. Las causas del síndrome de PFA son variables, e incluyen infecciones virales y bacterianas, tóxicos, traumatismos, tumores, trastornos inmunológicos, etc.

En América, no se han presentado casos de poliomiélitis desde el año 1991, en Perú.

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Cualquier caso de síndrome de parálisis flácida aguda (PFA) o enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad; que no corresponda a traumatismo grave.
- **Caso Confirmado de Poliomiélitis:** caso sospechoso con o sin parálisis residual, y aislamiento de poliovirus salvaje de las heces del caso o de sus contactos.
- **Caso Confirmado de Síndrome de Guillain Barré:** caso sospechoso con o sin parálisis o debilidad residual; confirmado a través de métodos diagnósticos como estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) y pruebas electrofisiológicas.
- **Caso Compatible de poliomiélitis:** caso sospechoso en que no se obtuvo muestras adecuada de heces durante las dos semanas de iniciada la parálisis, y hay enfermedad paralítica aguda, con parálisis residual compatible con poliomiélitis al cabo de 60 días, o sobreviene la muerte dentro de los 60 días siguientes, o no se hace seguimiento del caso.
- **Caso de poliomiélitis asociada a la vacuna:** caso de PFA, cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna y cumple los cuatro requisitos siguientes: 1) Clínicamente es típico de poliomiélitis, incluyendo las secuelas; 2) Había recibido la vacuna polio oral (VPO) entre 4 a 40 días antes del inicio de la parálisis; 3) Se aisló virus polio vacunal en las muestras de heces; 4) Probablemente la dosis de VPO implicada es la primera dosis.
- **Caso descartado:** caso sospechoso en que, teniendo una muestra adecuada de heces, no se aisló poliovirus salvaje.

Criterios de laboratorio

solo se debe enviar muestra de laboratorio en los casos sospechosos menores de 15 años.

- El Laboratorio Nacional de Referencia realiza las prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y análisis histopatológico.
- Aislamiento de polio virus salvaje en muestra de heces tomada dentro de los catorce días posteriores al inicio de la parálisis (idealmente dentro de los siete primeros días). En caso de fallecimiento se debe tomar muestra del contenido intestinal o de heces ya formadas, tan pronto como sea posible.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Verificar la erradicación de la enfermedad
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos y Brotes.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Ficha de caso, Ficha de seguimiento de caso, Ficha de diagnóstico final para mayores de 15 años y Boletín ENO. Informe semanal de Unidades Notificadoras.

Normativa de vigilancia y control: Circular N° B51 / 18 del 4 Mayo 2010.

.PSITACOSIS (CIE 10: A70)

Descripción Clínica: Enfermedad caracterizada por fiebre, escalofríos, cefalea, fotofobia, mialgias y expectoración (enfermedad de las vías respiratorias superiores o inferiores).

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Caso clínicamente compatible ligado al antecedente epidemiológico de exposición y apoyado serológicamente.
- **Caso confirmado:** Caso sospechoso que ha sido confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Aislamiento de *Chlamydia psittaci* de secreciones respiratorias. Es difícil aislar el agente si se ha efectuado tratamiento con antibióticos.
- Incremento de los anticuerpos contra *C. psittaci* por fijación de complemento o inmunofluorescencia (MIF), títulos superiores o iguales a 32 en la etapa aguda y de convalecencia.
- Presencia de anticuerpos, IgG e IgM para *C. psittaci* por inmunofluorescencia indirecta a títulos superiores o iguales a 16.
- Biología molecular.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Disminuir la incidencia y riesgo ocupacional.
3. **Forma de presentación habitual:** Ocupacional.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

.RABIA HUMANA (CIE 10: A82)

Descripción Clínica: Síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad (rabia furiosa) o formas paralíticas (rabia muda) que progresa hacia el coma, insuficiencia respiratoria y muerte, la que se produce entre 4 y 7 días después de la aparición de los primeros síntomas. Generalmente existen antecedentes de lamedura, mordedura, arañazo o contacto directo con las secreciones de un animal sospechoso.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Toda persona que presenta como cuadro clínico, síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad (rabia furiosa), o síndrome paralítico (rabia muda), generalmente seguido de insuficiencia respiratoria, que progresa hacia el coma y la muerte, con antecedentes o no de exposición al virus rábico.
- **Caso confirmado:** Caso sospechoso que es confirmado en laboratorio, o caso sospechoso con antecedentes de exposición a animal rabioso confirmado por laboratorio, o caso sospechoso, sin posibilidad de confirmación de laboratorio, con antecedente de exposición a una probable fuente de infección en una zona con comprobada circulación viral.

Criterios de laboratorio

Uno o más de los siguientes elementos:

- Detección por el anticuerpo fluorescente (FA) de antígeno rábico en tejido cerebral (obtenido post mortem) o, FA en frotis corneal o cutáneo (obtenido ante mortem) extraído principalmente del borde occipital, entre cuero cabelludo y cuello (rendimiento > a un 90%), o detección FA después de la inoculación de tejido cerebral, saliva o líquido cefalorraquídeo (LCR) en cultivo celular, ratones o ratones lactantes.
- Título detectable del anticuerpo neutralizante de la rabia en el LCR o suero de persona sin antecedente de vacunación.
- Identificación de material genético vírico por reacción de polimerasa en cadena (PCR) en tejido fijo.

***La totalidad de los exámenes de laboratorio se realizan en el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en con coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Programas internacionales de vigilancia y control.
3. **Forma de presentación habitual:** Caso esporádico.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Boletín ENO e Informe Epidemiológico de casos de Rabia y Control de Focos.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04

ORD. 15 AE N° 1116, 28 Febrero 2003, Norma de Tratamiento Rabia Humana.

DS 89/02, Enero de 2003, sobre Reglamento de Prevención de la Rabia en el Hombre y en los animales.

.RUBÉOLA (CIE 10: B06)

Descripción Clínica: Enfermedad viral que cursa con exantema maculoeritematoso difuso de inicio agudo y de 1 a 3 días de duración, con o sin fiebre, presentando además uno o más de los siguientes síntomas: artralgia/artritis; linfadenopatía postauricular, occipital y/o cervical posterior; conjuntivitis. Entre un 25 y 50% de los casos pueden ser asintomáticos.

Definición de caso

Para la vigilancia Integrada Sarampión – Rubéola.

- **Caso sospechoso:** Paciente de cualquier edad que presente exantema macular, acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas:
 - fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 - conjuntivitis
 - linfadenopatías
 - artralgia
 - Puede estar acompañado de tos y coriza
- **Caso confirmado:** Caso sospechoso que es confirmado por:
 - Laboratorio, a través de la detección de anticuerpos **IgM específicos contra rubéola** por técnica de Elisa, en dos muestras serológicas obtenida con un intervalo de 2 a 3 semanas, con aumento significativo de la concentración de anticuerpos IgG específicos contra virus rubéola, o
 - Nexo epidemiológico, entendido como el antecedente de contacto con un caso confirmado de rubéola.

Cuando se ha interrumpido la transmisión de una enfermedad y, por tanto, la prevalencia es baja, es necesario confirmar los **casos basados en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio**. En estos escenarios es esperable que en las técnicas serológicas aumente la proporción de falsos positivos y disminuya el valor predictivo positivo (VPP); por tanto, la investigación de casos sospechosos debe ser especialmente rigurosa.

Criterios de laboratorio

- Presencia de anticuerpos IgM específicos contra rubéola por técnica de Elisa, en dos muestras serológicas, con aumento significativo de la concentración de anticuerpos IgG específicos contra virus rubéola, en una 2ª muestra de suero obtenida con un intervalo de 2 a 3 semanas.
- Aislamiento y genotipificación del virus rubéola.

***El diagnóstico lo realiza el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.

2. **Objetivo:** Mantener la eliminación de la Rubéola en América. Evitar la aparición de brotes asociados a casos importados.
3. **Formulario:** Formulario de Notificación Inmediata de Vigilancia Integrada Sarampión-Rubéola (sospechosos) y Boletín ENO (casos confirmados). Informe semanal de Unidades Notificadoras.
4. **Frecuencia de Notificación:** Inmediata. El médico tratante debe notificar frente a la sospecha de casos por la vía más expedita.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Forma de presentación habitual:** Casos importados y brotes asociados a importación.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/N° 27 del 23/07/2010: Actualización Enfermedades eliminadas de América: Vigilancia Integrada Sarampión (B05)– Rubéola (B-06).

RUBÉOLA CONGÉNITA (CIE 10: P35)

Descripción Clínica: Enfermedad viral que puede producir malformaciones congénitas en un 85% cuando afecta a una mujer embarazada durante el primer trimestre de la gestación. Las principales alteraciones corresponden a cardiopatías, catarata, glaucoma y sordera.

Definición de caso

- **Caso de Infección:** Es el que tiene evidencia de laboratorio pero sin síntomas o signos clínicos, ej.: hijos de madres con antecedente de rubéola en el embarazo.
- **Caso Sospechoso:** tiene algún hallazgo clínico compatible con Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) (alguna anomalía del grupo A o B), sin evidencia de laboratorio.

GRUPO A	GRUPO B
Cardiopatía congénita	Púrpura trombocitopénica
Catarata	Microcefalia
Glaucoma	Hepato - esplenomegalia
Sordera	Retinopatía pigmentaria
Metáfisis radiolúcidas	
Retardo Mental	
Meningoencefalitis	

- **Caso confirmado:** Caso sospechoso que es confirmado por laboratorio mediante identificación de IgM específica en muestras de sangre del niño.

Criterios de laboratorio

- Serología positiva para anticuerpos IgM de rubéola hasta los 6 meses de vida.
- Aislamiento de virus rubéola

***El diagnóstico de confirmación lo hace el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Mantener la eliminación de la Rubéola y el SRC de América.
3. **Forma de presentación habitual:** esporádica.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Diaria.
6. **Formulario:** Formulario de Notificación Vigilancia de SRC y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: ORD 4F N°4402, 31 Agosto 1999.
Circular B51/N° 27 del 23 Julio 2010.

.SARAMPIÓN (CIE 10: B05)

Descripción Clínica: Pródromo de 2 o 3 días con fiebre, malestar, tos y coriza, que suele estar acompañado de conjuntivitis y bronquitis. Se observan manchas de koplik en la mucosa bucal que persisten de 1 a 3 días y desaparecen poco después del inicio del exantema (80% de los casos). El exantema aparece a los 2 a 4 días siguientes, en un principio detrás de la oreja y cara y, posteriormente, en tronco y extremidades superiores, acompañado de fiebre alta; alcanza su máxima intensidad en 2 a 3 días, con una duración de 3 a 7 días, seguido de una descamación fina. Entre las complicaciones se encuentra otitis media, neumonía, diarrea, ceguera y encefalitis.

Definición de caso

Para la Vigilancia Integrada Sarampión – Rubéola:

- **Caso Sospechoso:** Paciente de cualquier edad que presente exantema macular, acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas:
 - Fiebre 38° C
 - Conjuntivitis
 - Linfadenopatías
 - Artralgia
 - Puede estar acompañado de tos y coriza
- **Caso confirmado:**
 - Laboratorio, a través de la detección de anticuerpos IgM específicos contra sarampión, por técnica de Elisa, en dos muestras serológicas obtenida con un intervalo de 2 a 3 semanas, con aumento significativo de la concentración de anticuerpos IgG específicos contra virus sarampión, o
 - Nexo epidemiológico, entendido como el antecedente de contacto con un caso confirmado de sarampión.

Cuando se ha interrumpido la transmisión de una enfermedad y, por tanto, la prevalencia es baja, es necesario confirmar los casos basados en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. En estos escenarios es esperable que en las técnicas serológicas aumente la proporción de falsos positivos y disminuya el valor predictivo positivo (VPP); por tanto, la investigación de casos sospechosos debe ser especialmente rigurosa.

Criterios de laboratorio

- A través de la detección de anticuerpos IgM específicos contra sarampión, por técnica de Elisa, en dos muestras serológicas, con aumento significativo de la concentración de anticuerpos IgG específicos contra virus sarampión, en una segunda muestra de suero obtenida con un intervalo de 2 a 3 semanas.
- Aislamiento y genotipificación del virus del sarampión.

***El diagnóstico lo realiza el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Mantener la eliminación (2002) y evitar brotes asociados a importación.
3. **Formulario:** Formulario de Notificación Inmediata de Vigilancia Integrada Sarampión-Rubéola (sospechosos) y Boletín ENO (casos confirmados).Informe semanal de Unidades Notificadoras.
4. **Frecuencia de la notificación:** Inmediata. El médico tratante debe informar frente a la sospecha de casos por la vía más expedita.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Forma de presentación habitual:** Caso importado aislado y brotes asociados a casos importados.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/Nº 27 del 23/07/2010: Actualización Enfermedades eliminadas de América: Vigilancia Integrada Sarampión (B05)– Rubéola (B-06).

.SÍFILIS (CIE 10: A50-A54)

SÍFILIS PRIMARIA

Descripción Clínica: Infección por *Treponema pallidum* caracterizado por la presencia de una o más úlceras induradas, no dolorosa llamado chancro, de localización genital y/o extragenital.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Caso que corresponde a la descripción clínica
- **Caso confirmado:** Caso sospechoso confirmado por laboratorio VDRL o RPR y/o antecedente de contacto con caso confirmado.

Criterios de laboratorio

- Test serológico no treponémico (VDRL/RPR) reactivo.
- Test serológico treponémico (FTA-Abs/MHA-TP) reactivo.
- Demostración de *Treponema pallidum* en una muestra clínica mediante microscopía directa.

* En pacientes con sospecha de VDRL o RPR, falso positivos, se pueden utilizar las técnicas treponémicos para confirmación.

SÍFILIS SECUNDARIA

Descripción Clínica: Etapa de la infección que corresponde a la diseminación hematógena del *Treponema pallidum*. Caracterizada por una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:

- Lesiones muco cutáneas localizadas o difusas, no pruriginosas y que pueden comprometer las palmas de las manos y las planta de los pies.
- Síndrome febril, malestar general, similar a un estado gripal.
- Adenopatías múltiples no dolorosas.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Caso que corresponde a la descripción clínica.
- **Caso confirmado:** Caso sospechoso de Sífilis secundaria y pruebas no treponémicas reactivas, VDRL o RPR.

Criterios de laboratorio

- Test serológico no treponémico (VDRL/RPR) reactivo.
- Test serológico treponémico (FTA-Abs/MHA-TP) reactivo.

* En pacientes con sospecha de VDRL o RPR, falso positivos, se pueden utilizar las técnicas treponémicos para confirmación.

SÍFILIS LATENTE PRECOZ

Descripción Clínica: Etapa de la sífilis caracterizada por la ausencia de signos clínicos y detectada solo por test no treponémicos. Se clasifica en sífilis latente precoz o tardía dependiendo de si la infección o exposición ha ocurrido en los 12 meses previos o posteriores al diagnóstico (detección serológica).

SÍFILIS TERCIARIA

Descripción Clínica: Corresponde a la etapa destructiva de la enfermedad que por lo general se desarrolla muchos años después de la infección primaria en pacientes no tratados o tratados inadecuadamente. Las manifestaciones de la sífilis terciaria son cardiovasculares, muco-cutáneas, óseas y neurológicas. Esta etapa de la enfermedad no es transmisible y las lesiones destructivas son producto de una reacción de hipersensibilidad.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Caso que corresponde a la descripción clínica.
- **Caso confirmado:** Caso clínico con confirmación de laboratorio VDRL o RPR.

Criterios de laboratorio

- En pacientes en esta etapa clínica ocasionalmente pueden ser negativos el VDRL o RPR, se pueden utilizar las técnicas treponémicos para confirmación.
- Estudio radiológico y cardiovascular.
- Biopsia de lesiones cutáneas y mucosas.

NEUROSÍFILIS

Descripción Clínica: Se caracteriza por el compromiso del sistema nervioso central (SNC) por *Treponema pallidum*. Clínicamente se diferencian las formas precoces o meningitis, meningovascular, compromiso pares craneanos y las formas tardías como tabes dorsal y parálisis general progresiva.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Caso que corresponde a la descripción clínica.
- **Caso confirmado:** Caso clínico con confirmación de laboratorio VDRL o RPR en LCR.

Criterios de laboratorio

- Estudio de LCR con: Recuento de células, determinación proteínas.

SÍFILIS CONGENITA

Descripción Clínica: Infección producida por *Treponema pallidum* y que es adquirida por vía transplacentaria durante el período de gestación desde una madre infectada no tratada o inadecuadamente tratada.

Estados de la infección:

- Sífilis congénita precoz, se manifiesta en los dos primeros años de vida.
- Sífilis congénita tardía, se manifiesta después de los dos años de vida.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** Recién nacido (RN) o mortinato de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada.
- **Caso confirmado:** Caso sospechoso (RN o mortinato) más confirmación de laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Test serológico no treponémico (VDRL o RPR) reactivo.
- Test serológicos treponémicos (FTA-Abs o MHA-TP) reactivos (confirmatorio después del año de vida).
- Examen de líquido cefalorraquídeo (LCR): VDRL, citoquímico.
- Radiografía de huesos largos.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Conocer la magnitud real y disminuir la incidencia.
3. **Forma de presentación habitual:** Endémica.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Notificación de casos de Sífilis en Embarazada, RN o Mortinato; Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

ORD. B51 /1040 del 11 Abril 2006 y ORD B51/1649 de 26 Mayo 2006 (Vigilancia de Sífilis Congénita). Normas de Manejo Clínico y Terapéutico de ITS. CONASIDA, MINSAL 2008.

.TÉTANOS (CIE10: A34 y A35.X) TÉTANOS NEONATAL (CIE 10: A33)

Descripción Clínica:

Tétanos: enfermedad aguda inducida por el *Clostridium tetani*. Se han descrito tres formas de presentación: tétanos generalizado caracterizado por aumento del tono muscular y espasmos generalizados. Lo primero es el aumento del tono muscular de los maseteros que provoca el "trismus", que impide al paciente abrir la boca, bostezar y masticar, pudiendo llegar a la "risa sardónica". La posición de opistótonos se da por el espasmo muscular. Las complicaciones son tromboflebitis, fracturas de vértebras dorsales, hemorragia gastrointestinal, crisis hipertensivas, taquicardia, arritmias cardíacas y espasmo laríngeo, que con frecuencia causa la muerte; tétanos localizado se manifiesta en forma de espasmos dolorosos de los músculos adyacentes a la herida, y puede preceder al tétano generalizado; tétanos cefálico es una forma rara de tétano generalizado, donde hay retracción de párpados, desviación de la mirada, trismo, sonrisa sardónica y parálisis espástica de la lengua y musculatura faríngea.

Tétanos neonatal: es una forma clínica que suele transmitirse durante o después del parto por un manejo inadecuado del cordón umbilical. La desinfección inapropiada o insuficiente del instrumental o bien sustancias contaminadas que toman contacto con el muñón umbilical, facilitan la introducción de esporas tetánicas a través del cordón umbilical. Habitualmente se produce en hijos de madres inadecuadamente inmunizadas. Se manifiesta con parálisis o disminución de los movimientos, rigidez con el tacto y espasmos con o sin opistótonos, el muñón umbilical puede presentar restos de suciedad.

Definición de caso

El diagnóstico de tétanos se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas.

Tétanos:

- **Caso sospechoso:** cuadro clínico de comienzo agudo, caracterizado por hipertonía, y/o contracturas musculares dolorosas, (generalmente del cuello y mandíbula) y espasmos generalizados, sin otra causa médica aparente.
- **Caso confirmado:** la especificidad de los hallazgos clínicos justifican que el diagnóstico se base esencialmente en la definición de caso sospechoso (cuadro clínico).

Tétanos Neonatal (TNN):

- **Caso sospechoso:** todo recién nacido que nace bien y succiona normalmente y que entre el 2º y 28º día de vida, presenta dificultades para succionar, llanto constante e irritabilidad; o muerte por causa desconocida en recién nacido entre el 2º y 28º día de vida.
- **Caso confirmado:** todo caso sospechoso, que es confirmado clínicamente, asociado a manifestaciones clínicas como: trismus, risa sardónica, opistótonos, crisis de contracturas, rigidez de nuca. No siempre se observan señales inflamatorias en el cordón umbilical.

Si bien el diagnóstico es clínico, el descarte del caso debe estar respaldado no sólo en la evaluación

clínica si no también en exámenes complementarios de acuerdo a diagnósticos diferenciales (septicemia, meningoencefalitis, tetania, peritonitis y otros procesos inflamatorios).

Criterios de laboratorio

- El diagnóstico es enteramente clínico y no depende de la confirmación bacteriológica. Si se aislara la bacteria, se debe enviar al Laboratorio de Bacterias Fastidiosas y Emergentes del ISP, adjuntando el formulario de envío de muestra, disponible en <http://www.ispch.cl>.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria.
2. **Objetivo:** Evaluar el impacto de las medidas de prevención y control, y disminuir la incidencia de la enfermedad.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos esporádicos. TNN no se observa desde el año 1996 en la Región de la Araucanía.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Notificación diaria de caso de Tétanos y Tétanos Neonatal y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular de Vigilancia B51/25 de 7 Julio 2010.

.TIFUS EXANTEMÁTICO EPIDÉMICO (CIE 10: A75)

Descripción Clínica: Es una rickettsiosis objeto de vigilancia por la O.M.S. Constituye una importante causa de enfermedad y muerte en países de América Central y del Sur, centro de África y Asia, a través de focos endémicos y enzoóticos que ocasionalmente dan lugar a brotes esporádicos. En Chile, desde 1975 no se han presentado casos, sin embargo, en zonas infestadas de piojos del cuerpo (*Pediculus humanus var. corporis* o *vestimentis*) y con condiciones de poca higiene, existe el riesgo de enfermar.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** cuadro febril grave de inicio agudo, con cefalea intensa, dolores osteomusculares generalizados y erupción macular violácea en todo el cuerpo menos en la cara, palma de manos y planta de los pies; procedencia de áreas endémicas con presencia de piojos.
- **Caso confirmado:** caso sospechoso en el que se demuestra la presencia indirecta de *Rickettsia prowazeki* por prueba de laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Fijación del complemento o inmunofluorescencia indirecta que provee información específica permitiendo su diferenciación.
- Títulos de aglutininas contra *Proteus OX-19* (reacción de Weil-Félix), que alcanzan su máximo a las dos o tres semanas. Carecen de especificidad y sensibilidad, lo que les confiere una validez limitada.

***La muestra debe ser enviada al ISP para su envío posterior a un centro de referencia internacional para su confirmación.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal y diaria. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Detectar y controlar precozmente la ocurrencia de casos.
3. **Forma de presentación habitual:** Brote.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.

.TRIQUINOSIS (CIE 10: B75)

Descripción Clínica: Los síntomas de *Trichinella spiralis* están altamente correlacionados con el estado de infección, sea fase enteral o muscular. La enfermedad clínica es muy variable y puede presentarse desde una infección asintomática hasta una enfermedad fulminante y mortal. Los síntomas iniciales de la fase enteral incluyen: diarrea y náuseas leves y transitorias debido a las larvas, y cuando el estado adulto invade la mucosa intestinal, aparecen los vómitos con dolor abdominal, malestar y fiebre leve.

Dos a seis semanas después de la infección, la fase enteral aún está presente pero en menor proporción y los síntomas que comienzan a aparecer son los relacionados con la migración de las larvas e infección muscular. Estos síntomas usualmente son los primeros clínicamente detectables y corresponden a: mialgia difusa, edema periorbital y/o facial, conjuntivitis, fiebre, dolor de cabeza, rash cutáneo, fotofobia y eosinofilia ($>1000/\text{mm}^3$). Cuando las larvas penetran a la circulación se puede producir bacteremia debido a la flora entérica e incluso puede llegar a causar muertes por sepsis. Factores del huésped como la inmunidad, edad, estado de salud general, son importantes en la evolución de la enfermedad. Aunque no es usual, las larvas pueden infectar el músculo cardíaco, produciendo una severa miocarditis.

Definición de caso

- **Caso sospechoso:** fiebre, edema palpebral e inyección conjuntival; mialgias y acentuada eosinofilia en un paciente con antecedente de ingestión de carne de cerdo o jabalí en las últimas dos semanas.
- **Caso Confirmado:** caso sospechoso que está confirmado por laboratorio.

*** Brote: dos o más casos relacionados entre sí en tiempo y espacio, y al menos uno debe ser confirmado por laboratorio.

Criterios de laboratorio

- Leucocitosis y eosinofilia relativa superior a 20% y absoluta de $1.500/\text{mm}^3$ o más que puede aparecer tardíamente (incluso 1 mes).
- Test serológicos positivos para *Trichinella spiralis*: precipitinas, ELISA y Western blot.

***La confirmación se realiza en el ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Identificar fuentes de contaminación para interrumpir la transmisión y disminuir la morbimortalidad.
3. **Forma de presentación habitual:** Brotes.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Inmediata.

5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Formato Reporte de Brotes y Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/06, 30 Enero 2009.

.TUBERCULOSIS (CIE 10: A15-A19)

Descripción Clínica: Enfermedad por micobacterias cuya infección inicial suele ser asintomática. La infección inicial puede evolucionar a TBC pulmonar o, por diseminación linfohematógena del bacilo, puede afectar cualquier órgano (TBC extrapulmonar). El síntoma más frecuente es la tos y expectoración por más de 15 días, además puede presentar sudoración nocturna, baja de peso, en casos graves puede presentar desgarros hemoptoicos.

Definición de caso

Enfermedad por micobacterias cuya infección inicial suele ser asintomática. La infección inicial puede evolucionar a TBC pulmonar o, por diseminación linfohematógena del bacilo, puede afectar cualquier órgano (TBC extrapulmonar). El síntoma más frecuente es la tos y expectoración por más de 15 días, además puede presentar sudoración nocturna, baja de peso, en casos graves puede presentar desgarros hemoptoicos.

1. Localización

- TBC pulmonar: enfermedad que afecta al parénquima pulmonar.
- TBC extrapulmonar: enfermedad tuberculosa que puede comprometer cualquier órgano que no sea el parénquima pulmonar por ejemplo: ganglios, meníngea, miliar, pericárdica, peritoneal, pleural, vertebral, intestinal y genitourinaria. ósea (no raquídea), cutánea y de articulación periférica.

2. Confirmación:

- Baciloscopia: presencia de bacilos ácido resistentes en el examen microscópico de una, dos o más muestras de esputo.
- Cultivo positivo: Aislamiento del M. tuberculosis en el medio de cultivo.
- Biopsia: examen histológico de un trozo de tejido.

3. Antecedente de tratamiento:

- Caso nuevo: caso en el cual se realiza el diagnóstico por primera vez.
- Antes tratado: persona que presenta un segundo episodio de TBC.

***TBC Multirresistente: es la resistencia a isoniazida y rifampicina simultáneamente.

Criterios de laboratorio

- Bacilos ácido-resistentes en frotis teñidos de esputo u otros líquidos corporales.
- Aislamiento del M. tuberculosis mediante cultivo.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal.
2. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la vacunación y reducir la mortalidad.
3. **Forma de presentación habitual:** Casos individuales.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Diaria.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.

6. Formulario: Boletín ENO.

Normativa de vigilancia y control: Norma General Técnica N° 16 del 14 de Octubre de 1996. Manual de Organización y Normas Técnicas de Tuberculosis, 2005. MINSAL.

Descripción: En el contexto del Reglamento Sanitario Internacional -2005, se incorporan al DS N°158/04 la notificación de brotes de causa infecciosa e incluye también los accidentes químicos y radio nucleares. Todos los brotes deben ser notificados en forma inmediata.

La información a notificar deber contener las siguientes variables: (1) enfermedad o Síndrome; (2) agente, en caso que se haya identificado; (3) alimento en caso de brote de enfermedades transmitidas por alimento (ETA); (4) lugar y fecha de inicio del brote; (5) número de casos y fallecidos; (6) modo de transmisión; (7) factores asociados a la ocurrencia del brote; y (8) medidas de control adoptadas.

Definición: La ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio, donde se sospeche una causa infecciosa transmisible, incluidos los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimento (ETA).

Crterios de laboratorio

- Va a depender del tipo de agente. Se debe coordinar con el ISP la cantidad de muestras requeridas en cada brote, necesarias para la confirmación del diagnóstico.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata. En el caso de brotes de enfermedades zoonóticas, vectoriales o de transmisión alimentaria, su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Detección temprana de brotes epidémicos, optimizar el manejo de casos, cortar la cadena de transmisión y prevenir brotes futuros.
3. **Forma de presentación habitual:** Brotes
4. **Frecuencia de la notificación a la SEREMI:** Inmediata, información que debe ser verificada por la SEREMI dentro de las 24 horas.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Inmediata.
6. **Formulario:** Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública; o Formularios específicos de brotes, dependiendo de la enfermedad.

Normativa de vigilancia y control: DS N° 158/04.
ORD. B51/ 910 del 02 Marzo 2007 (notificación de Brotes)

.ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

Descripción Clínica: Las características clínicas pueden ser clasificadas según signos y síntomas iniciales y predominantes: del tracto gastrointestinal, neurológicos, signos y síntomas alérgicos y/o de infección generalizada, dependiendo de la enfermedad específica de que se trate. Se debe sospechar cuando hay más de una persona que presente una enfermedad similar después de haber estado expuesto a la ingestión del mismo alimento o agua de una fuente común.

Definición de caso

- **Sospecha de brote:** Dos o más personas que presentan un cuadro compatible con la descripción clínica después de haber estado expuestas a una fuente común (ingestión del mismo alimento o agua de la misma fuente), donde la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio implica a los alimentos y/o agua como vehículos de la misma.
- **Confirmación de brote:** Casos sospechosos confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico.

Criterios de laboratorio

- Aislamiento del patógeno
- Serología
- Detección de residuos químicos o biológicos.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal e inmediata.
2. **Objetivo:** Detección temprana de brotes epidémicos.
3. **Forma de presentación habitual:** Brote ETA.
4. **Frecuencia de la notificación:** El médico tratante debe informar frente a la sospecha todos los brotes por la vía más expedita.
5. **Frecuencia de envío a la SEREMI:** Inmediata.
6. **Frecuencia de envío de la SEREMI al MINSAL:** Inmediata.
7. **Formulario:** Notificación en línea de brotes o eventos de importancia en Salud Pública; Informe brote de ETA al terminar la investigación en el sistema en línea del DEIS.

Normativa de vigilancia y control: Circular N° 4B/ 09 de Diciembre de 1993 (División Ambiental). Normativa en revisión.

.VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS (CIE 10: A05.3)

Descripción Clínica: cuadro intestinal (enteritis) caracterizado por diarrea acuosa y cólico abdominal, que se puede acompañar de náuseas, vómitos, fiebre y cefalea. Generalmente es autolimitado y dura alrededor de 3 días (rango 1 a 7).

Definición de caso

- **Caso Sospechoso:** Persona que presente un cuadro de gastroenteritis, caracterizado por diarrea, vómitos y dolor abdominal, con el antecedente de ingesta de mariscos hasta 96 horas antes del inicio de síntomas.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso confirmado por laboratorio o por nexa epidemiológico.
- **Brote:** Conjunto de casos (2 ó más), tanto sospechosos como confirmados, donde se comprueba un nexa epidemiológico.

Criterios de laboratorio

- Tipo de muestra: deposición para coprocultivo.
- Identificación bioquímica e identificación de toxinas TDH/TRH por PCR.
- Debe enviarse algunas cepas de *Vibrio parahaemolyticus* al ISP para identificación de serotipo.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Universal. Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.
2. **Objetivo:** Detección temprana de brotes epidémicos.
3. **Forma de presentación habitual:** Brote ETA en primavera-verano.
4. **Frecuencia de la notificación a la SEREMI:** Inmediata.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Notificación de brote y planilla de casos agregados en época de primavera- verano. Notificación online de formulario Informe brote de ETA al terminar la investigación.

Normativa de vigilancia y control: Circular N° B51/30 del 25 Julio 2006.

INFLUENZA (CIE 10:J09-J10-J11)

Descripción Clínica: Enfermedad de etiología viral muy contagiosa y de graves complicaciones considerada un problema de salud pública por su elevado potencial epidémico. Las manifestaciones clínicas incluyen: fiebre, tos, mialgias, odinofagia, cefalea, compromiso del estado general (letargia). En algunas personas se presenta también secreción nasal, náuseas, vómitos y diarrea, siendo ésta última más frecuente en la influenza pandémica (H1N1) 2009, aunque en general los síntomas no difieren mayormente entre la influenza estacional y pandémica.

Se reconocen tres tipos de virus influenza: A, B y C. El tipo A incluye subtipos según el carácter de los antígenos de hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) y se relaciona con grandes epidemias y pandemias; el tipo B se relaciona con epidemias localizadas y el C con casos esporádicos o brotes menores.

Definición de caso

- **Caso sospechoso de Enfermedad Tipo Influenza (ETI):** persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo influenza: fiebre \geq a 38,5°C axilar y tos, asociado a alguno de los siguientes síntomas: mialgias, odinofagia o cefalea.
- **Caso confirmado de Influenza:** persona que consulta por ETI y se confirma por Inmunofluorescencia o RT-PCR (Reacción de Polimerasa en Cadena en Tiempo Real).

Criterios de laboratorio

- Inmunofluorescencia (IF): detección de antígeno viral en muestras respiratorias. Esta técnica es realizada por laboratorios certificados por el Instituto de Salud Pública (ISP).
- Reacción de Polimerasa en Cadena en Tiempo Real (RT-PCR): identificación del material genético viral. Realizada en el ISP y en la red de 6 laboratorios regional de PCR.
- Aislamiento de virus influenza en secreciones respiratorias.

Los establecimientos centinela con diagnóstico etiológico asociado, deben tomar cada semana muestras respiratorias a un máximo de 10 pacientes que cumplan con la definición de caso de ETI y que tengan hasta 3 días de evolución clínica desde el inicio de los síntomas. Estas muestras se deben enviar a laboratorio para la realización de IF. Los casos positivos de Influenza provenientes de estos centros se enviarán al Laboratorio Regional de PCR o ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Centinela.
2. **Objetivo:** Monitorear la evolución de la epidemia, su dispersión geográfica y tendencia.
3. **Forma de presentación habitual:** Brote estacional (otoño-invierno) y casos esporádicos el resto del año.
4. **Frecuencia de envío a la SEREMI de Salud:** Semanal.
5. **Frecuencia de envío al MINSAL:** Semanal.

6. Formulario: Notificación Vigilancia Centinela de Influenza: Informe Semanal Vigilancia Influenza y Virus Respiratorios; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública.

Normativa de vigilancia y control: Circular B 51/20 del 14 Mayo 2010

.DIARREAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS (CIE 10: A00-A09)

Descripción Clínica: Síndrome causado por variados agentes etiológicos cuya manifestación predominante es el aumento del número de evacuaciones, con heces acuosas o de poca consistencia. Con frecuencia se acompaña de vómitos, fiebre y dolor abdominal. Las formas varían desde leves a graves, con deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos.

Definición de caso

- **Caso sospechoso (clínico):** Todo niño menor de cinco años (desde cero hasta cuatro años, 11 meses y 29 días de edad), con tres o más evacuaciones de heces líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, hasta 14 días de duración.
- **Caso confirmado según etiología:** caso sospechoso confirmado por laboratorio (viroológico, bacteriológico y parasitológico).

Criterios de laboratorio

- Muestras de heces: aislamiento y tipificación de agente etiológico por los laboratorios de virología, bacteriología y parasitología del ISP.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Centinela.
2. **Objetivo:** Detección temprana de brotes epidémicos y conocer prevalencia de agentes circulantes.
3. **Forma de presentación habitual:** Endémica y brotes principalmente en verano.
4. **Frecuencia de la notificación:** Semanal.
5. **Frecuencia de envío de la Seremi al MINSAL:** Semanal.
6. **Formulario:** Formulario de notificación en línea; Reporte de Brote o Evento de Importancia de Salud Pública.

Normativa de vigilancia y control: Circular N° B51/ 29 del 6 Agosto 2010.

.VARICELA (CIE 10: B01-B02)

Descripción Clínica: La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo producida por el virus varicela-zoster (VVZ), de carácter benigno. Es de comienzo repentino con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y erupción cutánea de tipo polimorfa con lesiones que evolucionan desde mácula a pápula, vesícula, pústula y finalmente costra.

Es especialmente grave en el recién nacido (RN), cuya madre ha presentado varicela entre 5 días antes a 2 días después del parto. En estos casos, el RN presenta una enfermedad multivisceral grave (SVF) con un 30% de letalidad. El virus se transmite al feto en un 25% de los casos y, de estos, la mitad presenta serología positiva post natal. El 1-3% de los embarazos con varicela presentarán SVF lo cual equivale a 1-2 casos por 100 000 nacidos vivos, de éstos niños el 25% fallece antes de cumplir un año. El 10% de las mujeres fértiles no poseen anticuerpos antivariela, por lo que son susceptibles de contraer varicela durante el embarazo con una incidencia de 0,1 a 0,7 por 1 000 nacidos vivos.

Definición de caso

- **Caso Clínico:** Comienzo repentino con o sin fiebre, síntomas generales mínimos y erupción generalizada pruriginosa, inicialmente de tipo máculo-papular que evolucionan a vesículas durante 3 o 4 días y posteriormente a costras granulares. Las diversas etapas de las lesiones coexisten y son superficiales, afectando piel y mucosas.
- **No hay confirmación de laboratorio.**
- **Brote:** Conjunto de dos o más casos clínicos, donde se comprueba un nexo epidemiológico. Es frecuente en el ámbito institucional, especialmente en jardines infantiles.

Criterios de laboratorio

- Dado que esta es una enfermedad bastante característica, si se cumple con la definición clínica de caso, se considera "caso confirmado". En general, no se efectúan pruebas de laboratorio para su confirmación.

Modalidad de Notificación

1. **Tipo de vigilancia:** Centinela. Al detectar brotes en cualquier establecimiento, debe informarse por la vía más expedita.
2. **Objetivos:** Conocer la magnitud de la enfermedad y detectar oportunamente brotes para implementar las medidas de control.
3. **Forma de presentación habitual:** Brotes a fines de invierno y principios de la primavera.
4. **Frecuencia de Ingreso de la Información on-line:** semanal (centinela).
5. **Formulario:** Centinela: notificación on-line.
Brotos: Formulario de notificación de brote.

Normativa de vigilancia y control: Circular B51/16/ del 28 abril 2006

PROCEDIMIENTOS FRENTE AL INCUMPLIMIENTO DEL DECRETO QUE REGULA LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, DEL MINISTERIO DE SALUD.

Este documento está dirigido a la Autoridad Sanitaria (AS) para su aplicación en los establecimientos de salud públicos, privados y profesionales médicos de libre ejercicio que incurran en contravención al Decreto Supremo (DS) N° 158/2004, del Ministerio de Salud que "Aprueba el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria". Esta guía sintetiza los procedimientos para la instrucción de sumarios sanitarios y eventual aplicación de las sanciones pertinentes, respecto de las infracciones que pudieren detectarse a las disposiciones contenidas en dicho DS.

Antecedentes:

- Desde 1931, el Código Sanitario de Chile contempla, la declaración obligatoria de un grupo de enfermedades denominadas "Enfermedades de Declaración Obligatoria" (ENO). Las patologías incluidas presentan características de alto riesgo de producir brotes en la comunidad o se encuentran en programas de eliminación o erradicación.
- En 1998 el Ministerio de Salud definió un Modelo de Vigilancia en Salud Pública para Chile, que establece tres subsistemas de vigilancia: morbilidad, laboratorio y ambiental. En el 2004, entró en vigencia una nueva modificación al Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria (DS N° 158/2004).
- El eficaz funcionamiento del sistema de vigilancia, se basa en la notificación oportuna de casos y de los agentes etiológicos, según la periodicidad establecida en dicho Decreto. Esto desencadena la investigación epidemiológica y la aplicación de las medidas de control correspondientes, logrando interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad, evitando la aparición de brotes.
- El nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), releva la importancia de las actividades de vigilancia, especialmente en el manejo y control de brotes. Las implicaciones del Nuevo RSI-2005 son que cada país debe tener la capacidad de identificar, investigar, confirmar, notificar y analizar rápidamente los eventos de enfermedad nacionales, para determinar su potencial de afectar a otros países.
- El incumplimiento o el retraso de la notificación, producen daños a las personas involucradas, aumenta la carga laboral y recursos utilizados en todos los niveles de la red de vigilancia y requiere la implementación de acciones específicas, a fin de evitar la propagación de la enfermedad. Al incurrir en una infracción se está sujeto a las sanciones establecidas en el libro X del Código Sanitario, que se aplicarán con posterioridad al correspondiente sumario sanitario. El objetivo es sancionar la infracción y evitar su reincidencia, siendo su fin último disponer de la información en los tiempos establecidos para actuar en forma oportuna.

Definiciones Operacionales:

- **Responsables de la notificación:** Según el DS N° 158/2004 la responsabilidad de la notificación de las ENO recae en el Director del establecimiento de salud público o privado, cuando los médicos pertenecen a una dotación. En el caso de establecimientos o consultas de atención ambulatoria, en los cuales se ejerce libremente la profesión, esta responsabilidad recae directamente en el médico que atendió el caso (artículo 6°). En laboratorios públicos y privados, la responsabilidad de la notificación del agente de laboratorio aislado, recae en el Director del Establecimiento.

- **Oportunidad de la Notificación:** **1. Enfermedades de notificación inmediata**, son aquellas que, por su alta capacidad de producir brotes (potencial epidémico) o por estar sujetas a erradicación o a vigilancia internacional, requieren ser investigadas apenas sean diagnosticadas. Esto, con el fin de aplicar oportunamente bloqueo epidemiológico a los contactos o realizar búsqueda activa de otros casos y seguimiento de los contactos o expuestos, entre otros. Se agrega el manejo y control ambiental en enfermedades entéricas, zoonóticas y transmitidas por vectores. En este Decreto, se agrega la notificación inmediata de brotes en que se sospeche una causa infecciosa transmisible de cualquier enfermedad y de fallecimientos de causa no explicada, en personas previamente sanas, cuando se sospecha la presencia de un agente infeccioso transmisible. **2. Enfermedades de notificación diaria**, son aquellas que, si bien tienen la capacidad de producir brotes, su potencial epidémico puede ser menor. La presentación de casos individuales no siempre requiere una intervención frente a cada caso o la aplicación de medidas de control inmediatas. La presentación de brotes en estas patologías desencadena una investigación en terreno y la aplicación de medidas de control específicas. **3. Agentes de Laboratorio de notificación semanal**, son aquellos patógenos de importancia en salud pública. Frente al hallazgo de cualquiera de estos agentes, el laboratorio deberá notificar al Instituto de Salud Pública (ISP) en forma semanal y enviarle la cepa para realizar el estudio correspondiente.

Fases del Proceso frente a una Infracción. Una vez que la AS toma conocimiento de la infracción, a través de una denuncia o una inspección de rutina, se dará inicio al proceso que va desde su verificación a la aplicación de la sanción correspondiente al responsable o su representante legal. El epidemiólogo tendrá la responsabilidad de velar por el buen cumplimiento y actuará como Ministro de Fe para todos los efectos que conlleve este proceso (artículo 156 del Código Sanitario). Ello, en la medida que tenga la calidad de funcionario público titular o contratado con asimilación a un grado de la planta. Las etapas del proceso se describen en la Guía de Procedimientos que acompaña la Res. Exenta N° 394/2008.

Sanciones. La infracción según sea por su periodicidad: inmediata, diaria o semanal, o al tipo de falta: sin notificación o notificación tardía, se clasificará en: muy grave, grave y leve. Esta se aplicará conforme al mérito del procedimiento, corresponderá a una amonestación o multa, dependiendo de la calificación de la infracción y del número de veces que se haya incurrido en ella. También en estos casos, si se estimaren precedentes, pueden aplicarse las medidas adicionales que establece el Código, que están destinadas a impedir, detener o evitar el daño a las personas, entre las que se cuentan el decomiso, la destrucción o desnaturalización de productos, clausura, prohibición de funcionamiento, etc.

Se recomienda que para una infracción calificada como grave o leve incurrida por primera vez, la sanción corresponda a una **amonestación** (Art. 177C.S.) y para aquellas calificadas como muy grave o grave o leve incurrida en más de una oportunidad, la sanción corresponderá a una **multa** al responsable o su representante legal.

El Código Sanitario propone un rango de valores en Unidades Tributarias Mensuales (UTM), para la aplicación de las multas, dependiendo de la calificación de la infracción. Podrán variar desde un décimo a mil UTM, considerando los riesgos para la salud de las personas. En caso de reincidencia, se puede llegar a duplicar el monto del máximo valor de la multa.

GLOSARIO

- **AGENTE ETIOLÓGICO:** Entidad biológica, física o química capaz de causar enfermedad.
- **AGENTE INFECCIOSO:** Micro-organismo o parásito capaz de producir infección o enfermedad infecciosa.
- **AISLAMIENTO:** Es la separación de personas o animales infectados durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales, que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas susceptibles o que puedan transmitir enfermedad a otras.
- **ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS:** Declaración urgente de problemas con contenido epidemiológico para la aplicación de medidas de prevención y control adecuadas y coordinadas entre todos los organismos implicados.
- **ALTA EPIDEMIOLÓGICA:** Se efectúa cuando se ha comprobado que el reservorio, no elimina hacia el exterior agentes infecciosos o cuando ha cesado su período de transmisibilidad.
- **AMBIENTE:** Conjunto de elementos físicos, químicos, psicosociales y biológicos (altitud, clima, vegetación, fauna, calidad del agua, aire, suelo, etc.) que constituyen el contexto de vida de los individuos y puede influir en su estado de salud.
- **ANTICUERPO:** Globulina encontrada en fluidos residuales o en suero, producida en respuesta al estímulo de antígenos específicos siendo capaz de combinarse con los mismos neutralizándolos destruyéndolos.
- **ANTÍGENO:** Porción o producto de un agente biológico capaz de estimular la formación de anticuerpos específicos.
- **ATAQUE, TASA DE:** Es un caso particular de tasa de incidencia. Corresponde al número de personas que presentan una enfermedad, relacionándolo con el número de personas expuestas al riesgo de sufrir la enfermedad en un periodo limitado de tiempo y en condiciones especiales como en una epidemia. Se expresa habitualmente en porcentajes (casos por cien).
- **ATAQUE SECUNDARIO, TASA DE:** Es la razón entre el número de nuevos casos surgidos por el contacto con el caso índice y el número total de contactos con el mismo caso, expresándose el resultado en porcentaje.
- **BIOSEGURIDAD:** Conjunto de normas diseñadas para la protección del individuo, la comunidad y el medio ambiente del contacto accidental con agentes que son potencialmente nocivos.
- **BROTE:**
 - Ocurrencia de dos o más casos de un evento de salud vinculados epidemiológicamente.
 - Episodio en el cual dos o más casos de la misma enfermedad tienen alguna relación entre sí: por el momento de inicio de los síntomas, por el lugar donde ocurrieron, por las características de las personas enfermas.
- **BUSQUEDA ACTIVA DE CASOS:** Es la búsqueda de casos a través de contactos sistemáticos y periódicos o eventuales a servicios de salud, domicilio o áreas determinadas.
- **CASO:** Persona o animal infectado o enfermo que presenta características clínicas, de laboratorio y/o epidemiológicas específicas.
- **CASO AUTÓCTONO:** Persona o animal que ha contraído una enfermedad en la zona habitual de su residencia (país).
- **CASO CONFIRMADO:** Persona o animal del cual fue aislado e identificado el agente etiológico del que fueron obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas o de laboratorio que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica.

- **CASO CO-PRIMARIO:** Caso siguiente al primario dentro de un periodo inferior al de incubación.
- **CASO ESPORÁDICO O AISLADO:** Caso que, según las informaciones disponibles, no se presenta relacionado epidemiológicamente a otros casos.
- **CASO IMPORTADO:** Persona o animal que ha contraído una enfermedad en un país e ingresa a otro, siempre que sea posible situar el origen de la infección en una zona conocida y se cumplan los periodos de transmisión e incubación específicos para cada enfermedad.
- **CASO ÍNDICE:** Es el primer caso que llama la atención del investigador por lo que determina una serie de acciones necesarias para conocer un foco de infección. Puede coincidir que sea un caso primario, co-primario o secundario.
- **CASO INDUCIDO:** Caso de una determinada enfermedad que puede ser atribuido a una transfusión de sangre o transmisión congénita u otra forma de inoculación parenteral, por lo tanto no es por transmisión natural.
- **CASO INTRODUCIDO:** Caso en el que se puede probar que constituye el primer caso de transmisión local, luego de un caso importado conocido.
- **CASO PRIMARIO:** Es el primer caso que se presenta en el curso de un brote y cumple con las condiciones para incriminarlo como la fuente de origen del brote.
- **CASO SECUNDARIO:** Caso nuevo de una enfermedad transmisible, surgido a partir del contacto con un caso primario en el período de transmisibilidad, en un lapso compatible con el período de incubación de la enfermedad.
- **CASO SOSPECHOSO:** Persona o animal cuya historia clínica, síntomas, signos y posible exposición a una fuente de infección o contaminación, sugieren que pueda tener o va a desarrollar alguna enfermedad infecciosa.
- **CIERRE DE FOCO:** Dependiendo del tipo de evento, es cuando en una comunidad cerrada o pequeña, han pasado dos o más períodos de incubación máximo desde el último caso.
- **CLUSTER:** Conjunto de casos relacionados en tiempo y espacio.
- **CONTACTO:** Persona o animal que mantiene o mantuvo una relación suficiente con una persona animal infectado, o con un ambiente contaminado, que posibilita o posibilitó la oportunidad de contraer el agente etiológico.
- **CONTAMINACIÓN:** Acción o momento por el cual una persona, animal o elemento se convierte en vehículo mecánico de diseminación de un agente patogénico.
- **CONTAGIOSIDAD:** Aptitud del agente para propagarse (se mide con la tasa de ataque secundario).
- **CONTROL DE ENFERMEDADES O DE SALUD PUBLICA:** Acciones o intervenciones desarrollada con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad de una enfermedades al más bajo nivel posible.
- **CONTROL SANITARIO:** Significa el examen por la autoridad competente, o bajo su supervisión, de zonas, equipajes, contenedores, medios de transporte, instalaciones, mercancías o paquetes postales, incluidos los datos y la documentación pertinentes, para determinar si existe un riesgo para la salud pública y aplicar las medidas de control pertinentes.
- **CUARENTENA:** Restricción de las actividades y/o la separación de los demás de personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación.
- **DEFINICIÓN DE CASO:** Conjunto de criterios epidemiológicos y clínicos estandarizados para decidir si una persona debe clasificarse como que presenta una condición de salud o no. En una investigación de brotes debe ser operativa y sensible e incluir los elementos de la epidemiología

descriptiva: Persona, tiempo y lugar.

- **DESCONTAMINACIÓN:** Procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que pueda constituir un riesgo para la salud pública.
- **DESINFECCIÓN:** Controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de persona o animal u objetos mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos.
- **DESINFECCIÓN CONCURRENTE:** Aplicación inmediata de medidas desinfectantes, después de cada expulsión de material infeccioso del organismo de una persona o animal infectado, o después de elementos que se hayan contaminado con dicho material.
- **DESINFECCIÓN TERMINAL:** Aplicación de medidas desinfectantes que se hace en el lugar después que la fuente de infección dejó de existir.
- **DESINFESTACION:** Cualquier proceso físico o químico por medio del cual se destruyen o eliminan artrópodos o roedores indeseables, causantes de enfermedades, que se encuentren en el cuerpo de una persona, en la ropa, en el ambiente o en animales .
- **EFFECTIVIDAD:** Capacidad de producción de efectos en condiciones usuales de la práctica de salud pública.
- **EFFECTOS:** Resultado final, deseado o no.
- **ELIMINACIÓN:** Es la reducción a cero de la incidencia de una enfermedad, con mantenimiento indefinido en el tiempo las medidas de control, mientras no se erradique el agente.
- **ENDEMIAS:** Es la presencia continua de una enfermedad o de un agente infeccioso en una zona geográfica determinada.
- **ENFERMEDAD:** significa toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano.
- **ENFERMEDAD EMERGENTE / RE - EMERGENTE:** Enfermedad infecciosa recientemente conocida, enfermedad previamente conocida, cuya incidencia esté aumentando en un determinado lugar o en una población específica, después de un período de disminución significativa de la incidencia.
- **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Enfermedad clínicamente manifiesta, del hombre o de los animales, causada por un agente infeccioso.
- **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:** Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso o por sus productos tóxicos o los de otros agentes biológicos. Es producida por la transmisión de ese agente o sus productos desde una persona o animal infectado, o de un reservorio, a un huésped susceptible.
- **ENZOOTIA:** Presencia continua o prevalencia usual de una enfermedad o agente infeccioso en la población animal de un área geográfica dada.
- **EPIDEMIA:** Manifestación de un número de casos de alguna enfermedad que excede claramente la incidencia prevista, en un período determinado, en una colectividad o región.
- **EPIDEMIA POR FUENTE COMÚN:** Epidemia en la que la mayoría de los casos clínicos aparecen dentro del período de incubación de la enfermedad, que sugiere la exposición simultánea (o casi simultánea) de muchas personas al agente etiológico. El ejemplo típico es el de las epidemias de origen hídrico o alimentario.
- **EPIDEMIA PROGRESIVA O POR FUENTE PROPAGADA:** Epidemia en la cual las infecciones son transmitidas de persona a persona o de animal a persona, de modo que entre la aparición de los primeros y los últimos, hay varios períodos de incubación.
- **EPIZOOTIA:** Ocurrencia de casos de naturaleza similar en una población animal que excede

claramente a la incidencia esperada en un período de tiempo determinado, en un área geográfica particular.

- **EQUIPOS DE BIOSEGURIDAD:** Se refiere a los elementos de protección personal utilizados con el objetivo de prevenir la propagación de la enfermedad en las áreas no contaminadas o impedir la contaminación y la infección de los trabajadores o visitantes de áreas infectadas.
- **ERRADICACION:** Cese de toda la transmisión de la infección por la extinción artificial de la especie del agente en cuestión. La erradicación presupone la ausencia completa de riesgo de reintroducción de la enfermedad, de forma que permite la suspensión de toda medida de prevención y control.
- **ESPECIFICIDAD:** Es el grado en el que los sujetos que no manifiestan una característica o no han presentado una exposición, son correctamente clasificados.
- **EVENTO:** Manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno.
- **EXPOSICIÓN:** Contacto directo o indirecto de una persona con un agente físico, químico o biológico capaz de producir daño a la salud.
- **FACTOR DE RIESGO:** Característica, circunstancia o exposición detectable en un individuo o grupo de individuos que determina la probabilidad aumentada de experimentar un daño a la salud.
- **FOCO NATURAL (NICHOS):** Un pequeño territorio comprendiendo una o varias zonas, donde la circulación del agente causal se establece en un ecosistema por un tiempo indefinidamente largo sin su importación de otra región.
- **FOMITES:** Objetos de uso personal del caso clínico o portador que pueden estar contaminados y transmitir los agentes infecciosos; el control se hace por medio de la desinfección.
- **FUENTE:** Persona, animal, objeto o sustancia de la cual el agente pasa a un huésped y origina la enfermedad.
- **FUENTE NOTIFICADORA:** Son los servicios de salud u otros segmentos formales o informales de la sociedad que notifican a las autoridades sanitarias la ocurrencia de enfermedades de notificación obligatoria.
- **FUENTE PRIMARIA DE INFECCIÓN (reservorio):** hombre o animal y, raramente, la tierra o vegetales, donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso, del cual depende para su sobrevivencia, de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible.
- **FUENTE SECUNDARIA DE INFECCIÓN (vehículo):** ser animado o inanimado que transporta determinados agentes etiológicos, no siendo el principal responsable de su supervivencia como especie.
- **GÉNESIS, TIEMPO DE:** Es el intervalo entre el instante en que el individuo se infecta y el momento en que se convierte en fuente de infección para los demás. Este intervalo no coincide exactamente con el período de incubación.
- **GUÍAS DE VIGILANCIA:** Procedimientos a seguir para las enfermedades y eventos sujetos a vigilancia.
- **GRUPO DE RIESGO:** Grupo en el cual es mayor la probabilidad de contraer una enfermedad.
- **HUESPED:** Organismo simple o complejo, incluido el hombre, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.
- **HUESPED DEFINITIVO:** Es aquel en que el parásito llega a su madurez o pasa por su fase sexual.
- **HUESPED INTERMEDIARIO:** Es aquel en el que el parásito pasa su etapa larvaria o asexual.
- **INCIDENCIA:** Número de nuevos casos de una enfermedad ocurrida en una población particular durante un período determinado de tiempo.
- **INCIDENCIA, TASA DE:** Medida del riesgo de enfermar o daño, fundamentalmente en los estudios

de enfermedades agudas. Es la razón entre el número de casos nuevos de una enfermedad que ocurre en una población, en un intervalo determinado de tiempo, y la población expuesta al riesgo de adquirir esa enfermedad, referida al mismo periodo, multiplicando el resultado por un factor de amplificación.

- **INCUBACIÓN, PERÍODO DE:** Intervalo de tiempo entre la exposición efectiva del huésped susceptible a un agente biológico o sus productos tóxicos, y el inicio de los signos y síntomas clínicos de la enfermedad en ese huésped.
- **ÍNDICE DE BRETEAU:** Número de recipientes habitados por formas inmaduras de mosquitos, en relación respecto al número de casas examinadas para encontrar criaderos.
- **ÍNDICE PREDIAL (O DE VIVIENDA):** Número de viviendas habitadas por formas inmaduras de mosquitos, en relación al número de casas examinadas para encontrar criaderos.
- **INDIVIDUO INFECTADO:** Persona o animal que alberga un agente infeccioso y que presenta manifestaciones de la enfermedad o una infección inaparente.
- **INDIVIDUO INMUNE:** Persona o animal que posee anticuerpos protectores específicos o inmunidad celular, como consecuencia de una infección o inmunización previa.
- **INFECCIÓN:** Penetración y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de un huésped.
- **INFECCIÓN NOSOCOMIAL:** Cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital y que no se hallaba presente ni en período de incubación en el momento de la admisión en el centro, o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo. Puede manifestarse tras el alta del paciente, hasta un mes después de la misma.
- **INFESTACION:** Se entiende por infestación de personas y animales el alojamiento, desarrollo y reproducción de artrópodos en la superficie del cuerpo o en la ropa. Los objetos o lugares infestados son los que albergan o sirven de alojamiento, especialmente a artrópodos y roedores.
- **INMUNIDAD:** Estado de resistencia general, asociado con la presencia de anticuerpos o células que poseen una acción específica contra el microorganismos causante de una enfermedad infecciosa o contra su toxina.
- **INMUNIDAD HUMORAL:** La inmunidad humoral pasiva se consigue naturalmente por la transmisión transplacentaria desde la madre o artificialmente por inoculación de anticuerpos protectores específicos, provenientes de animales inmunizados o suero hiperinmune de convaleciente, o seroglobulina inmune (humana); es breve, días o meses. La inmunidad humoral activa, que suele durar años, puede ser adquirida naturalmente como consecuencia de una infección con manifestaciones clínicas o sin ellas o en forma artificial por inoculación del propio agente, muerto o modificado o en forma variante, o de fracciones o productos de tal agente.
- **INMUNO PROFILAXIS:** Prevención de una enfermedad a través de la inmunidad conferida por la administración de vacunas o suero de una persona o animal.
- **INMUNIDAD DE REBAÑO:** Resistencia de un grupo o población a la introducción o la diseminación de un agente infeccioso. Esta resistencia esta basada en la elevada proporción de individuos inmunes entre los miembros de esa población y en la distribución uniforme de esos individuos inmunes.
- **INMUNIDAD ACTIV:** Inmunidad adquirida naturalmente por la infección, con o sin manifestaciones clínicas, o artificialmente por la inoculación de fragmentos o productos de agentes infecciosos o del agente muerto, modificado o de alguna variante.
- **INMUNIDAD PASIVA:** Inmunidad adquirida naturalmente de la madre o artificialmente

por la inoculación de anticuerpos protectores específicos (suero inmune de convaleciente o inmunoglobulina sérica). La inmunidad pasiva es poco duradera.

- **INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO:** Estudios efectuados a partir de casos clínicos de portadores, para identificar las fuentes de infección y los modos de transmisión del agente. Puede ser realizada frente a casos esporádicos o brotes.
- **LARVITRAMPAS:** Recipiente con agua donde se observan las larvas de los mosquitos después de la eclosión.
- **LATENCIA, PERÍODO DE:** En las enfermedades transmisibles, es el intervalo de tiempo transcurrido entre el momento de la exposición a agentes patógenos y el inicio de la transmisibilidad. En este período el individuo no tiene capacidad de transmisibilidad.
- **LETALIDAD, TASA DE:** Proporción entre los muertos por una enfermedad y los enfermos que padecen esa enfermedad en un determinado período de tiempo.
- **MARCADORES BIOLÓGICOS DE EXPOSICIÓN:** Indican la exposición presente o pasada del organismo a un agente externo (agente biológico, agente químico, tóxico). Se trata de medidas cuya calidad (sensibilidad, especificidad), puede ser conocida y pueden ser utilizadas en poblaciones extensas. Un marcador de exposición puede ser la mejor forma de estimar una exposición difícil o imposible de estimar con otros métodos.
- **MAGNITUD:** Indica el tamaño o frecuencia de un problema. Se expresa por la incidencia, prevalencia, mortalidad o años de vida potencialmente perdidos. Es uno de los criterios epidemiológico para definir prioridades en salud.
- **MECANISMO DE TRANSMISIÓN:** Mecanismo por medio del cual el agente causal del brote se propaga desde una fuente o reservorio hacia una persona.
- **MEDIDA SANITARIA:** Significa todo procedimiento aplicado para prevenir la propagación de enfermedades o contaminación; una medida sanitaria no comprende medidas de policía ni de seguridad del Estado.
- **MONITOREO:** Según el campo de actividad se define como:
 - a) Elaboración y análisis de medidas rutinarias, buscando descubrir cambios en el ambiente o en el estado de salud de la comunidad. No debe confundirse con vigilancia
 - b) Medidas continuas del desempeño de servicios de salud y de profesionales o del grado con el que los pacientes siguen las recomendaciones.
 - c) Desde el punto de vista de la administración es una observación continua de la implementación de una actividad, con el fin de asegurar que la liberación de recursos, los esquemas de trabajo, los objetivos establecidos y otras acciones necesarias están siendo realizadas conforme lo planeado.
- **MORBILIDAD:** Expresa la ocurrencia de una enfermedad en la población. Los indicadores más utilizados son las tasas de incidencia y prevalencia.
- **MORTALIDAD, TASA DE:** Es la medida de frecuencia de fallecidos en una población durante un período determinado por lo regular un año.
 - Tasa bruta de mortalidad: Se incluyen los fallecidos por todas las causas en población general.
 - Tasa específica de mortalidad: Se incluyen sólo los fallecidos por una determinada causa o grupo de edad, o sexo en la población específica.
- **NORMAS Y PROCEDIMIENTOS:** Conjunto de reglas e instrucciones detalladas a seguir para la realización de una labor segura y estandarizada de modo que las operaciones se realicen sin riesgo y con el máximo de eficiencia.

- **NOTIFICACIÓN:** Comunicación a la autoridad sanitaria de la existencia de una enfermedad. Actividad mediante la cual el sistema de vigilancia conoce con regularidad y de manera continua y oportuna la ocurrencia de casos de enfermedad o de la ocurrencia de brotes.
- **NOTIFICACIÓN NEGATIVA:** Notificación realizada periódicamente, incluso en ausencia de casos. Este sistema es útil en programas de erradicación o de eliminación de enfermedades o de control, bien cuando la incidencia de la enfermedad es muy baja.
- **PANDEMIA:** Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con desplazamiento de un continente a otro.
- **PATOGENICIDAD:** Capacidad de un agente biológico de producir enfermedad en un huésped susceptible.
- **PORTADOR:** Persona o animal infectado que albergue un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar síntomas clínicos de ésta y que constituye una fuente potencial de infección.
- **PREVALENCIA, TASA DE:** Número de casos existentes en un determinado momento en una población definida.
- **PREVENCIÓN:** Término que en salud pública, significa una acción anticipada, cuyo objetivo es interceptar o anular la acción de la enfermedad.
- **PRODRÓMICO, PERÍODO:** Intervalo de tiempo entre los primeros síntomas de la enfermedad y el inicio de los signos o síntomas característicos de la misma en base a los cuales puede establecerse el diagnóstico.
- **PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA:** levantamiento ocasional de datos, habitualmente muestrales, que aportan datos sobre los factores de riesgo y o la prevalencia de casos clínicos o portadores, en una determinada comunidad.
- **PRÓDROMOS:** Síntomas indicativos del principio de una enfermedad.
- **PUERTA DE SALIDA O ENTRADA:** Camino por el cual un agente infeccioso sale del reservorio o ingresa al huésped.
- **QUIMIOPROFILAXIS:** Administración de una sustancia química, incluidos los antibióticos, para evitar el desarrollo de una infección o la progresión de una infección hacia la manifestación plena de la enfermedad.
- **RESPUESTA:** Acciones que se llevan a cabo durante una emergencia, epidemia, desastre u otro evento y que tienen por objeto disminuir la morbimortalidad de los afectados, contener la propagación y mitigar las consecuencias.
- **RESERVORIOS DE AGENTES INFECCIOSOS (FUENTE PRIMARIA DE INFECCIÓN):** Cualquier ser humano, animal, artrópodo, suelo, materia, o una combinación de ellos, en el cual normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso del cual depende para su supervivencia, de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible.
- **RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA:** Significa la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo.
- **RECIDIVA:** Reparición de un proceso mórbido después de su curación.
- **SENSIBILIDAD:** Es el grado en el que los sujetos que poseen ciertas características o han estado expuestos a un riesgo, se clasifican como tales.
- **SOSPECHOSO:** Toda persona, que debido a sus antecedentes epidemiológicos se considere que haya estado o podría haber estado expuesto a un riesgo para la salud pública y sea una posible fuente de propagación de enfermedades.

- **SUSCEPTIBLE:** Cualquier persona o animal que no posee suficiente resistencia contra un agente patógeno determinado que lo proteja contra la enfermedad si llega a estar en contacto con el agente.
- **SEMANA EPIDEMIOLOGICA:** Período de 7 días que comienza el domingo y termina a las 24 horas del sábado siguiente. El año se constituye de 52 semanas y cada 4 años existe una semana 53.
- **TRIAGE:** Selección y clasificación de pacientes mediante la aplicación de procedimientos normados, en los que se determina su probabilidad de supervivencia.
- **TRANSMISIÓN DIRECTA (CONTAGIO):** Transferencia del agente etiológico sin presencia de vehículos.
 - Inmediata: con contacto entre la fuente primaria de infección y el nuevo huésped.
 - Mediata: sin contacto físico. La transmisión se hace por medio de secreciones oro-nasales (gotitas de Pflügge).
- **TRANSMISIÓN INDIRECTA:** Transferencia de agente etiológico por medio de vehículos animados inanimados. Para que la transmisión indirecta pueda ocurrir, es esencial que:
 - Los gérmenes sean capaces de sobrevivir fuera del organismo durante un cierto tiempo.
 - Haya un vehículo apto que lleve los gérmenes de un lugar a otro, de modo que permita sobrevivir al agente.
- **TASA:** medición de la frecuencia de un fenómeno que refleja la probabilidad de ocurrencia del mismo. Relaciona el número de eventos ocurridos en una determinada población y en un tiempo dado, con la población expuesta a la ocurrencia de ese evento.
- **TENDENCIA SECULAR:** Comportamiento de la incidencia de una enfermedad en un intervalo largo de tiempo, generalmente años o décadas.
- **TRANSMISIÓN, MODO DE:** Cualquier mecanismo por medio del cual un agente infeccioso se propaga desde una fuente o un reservorio hasta un nuevo huésped.
- **TRANSMISIÓN (TRANSMISIBILIDAD), PERÍODO DE:** Intervalo de tiempo durante el cual una persona o animal infectado, transfiere un agente biológico a otro individuo, al medio ambiente o al organismo de un vector hematófago, posibilitando por lo tanto su transmisión a otro huésped.
- **TRATAMIENTO PROFILÁCTICO:** tratamiento de un caso clínico o de un portador, con el propósito de reducir el periodo de transmisibilidad.
- **VENTANA INMUNOLÓGICA O PERIODO DE VENTANA:** Intervalo entre el inicio de la infección y la posibilidad de detectar anticuerpos con técnicas de laboratorio.
- **VIGILANCIA CENTINELA:** Estrategia que persigue realizar vigilancia epidemiológica intensificada desde un servicio (atención y/o laboratorio) de salud con el objetivo de recabar información de alta calidad sobre eventos frecuentes para mejor caracterización. No permite obtener incidencias ni prevalencias por no tener denominador poblacional, pero sí tendencias a lo largo del tiempo. Si el centro o unidad centinela cuenta con denominadores (población), permite calcular tasas.
- **VECTOR:** Ser viviente (insecto u otro animal) que asegura la transmisión de un agente infeccioso.
- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:** Conjunto de actividades que proporciona información indispensable para conocer, detectar o prever cualquier cambio en la ocurrencia de la enfermedad en los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad, con la finalidad de recomendar oportunamente, las medidas indicadas que conduzcan a prevenir o controlar las enfermedades.
- **VIRULENCIA:** Grado de patogenicidad de un agente infeccioso, indicado por las tasas de letalidad por su capacidad de invadir y lesionar los tejidos del huésped, o por ambos parámetros.
- **VEHÍCULO:** ser animado o inanimado que transporta un agente etiológico. No son considerados

vehículos las secreciones o excreciones de la fuente primaria de infección que son, en realidad, un substrato en el que los microorganismos son eliminados.

- **ZOONOSIS:** Infección o enfermedad infecciosa transmisible, en condiciones naturales, de los animales vertebrados a los humanos.

