Guía de vigilancia epidemiológica

E.P.S. Comfenalco ANTIOQUIA

La salud de su familia en buenas manos

DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN - OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedades de notificación obligatoria

TIPO DE NOTIFICACIÓN	EVENTO	DESCRIPCIÓN DEL CASO	CÓDIGO CIE - 10	LABORATORIO	OBSERVACIONES
Inmediata	**Parálisis Flácida Aguda** (Plan de Erradicación)	MENOR DE 15 AÑOS con ataque agudo de parálisis o paresia flácida por cualquier razón excepto trauma. además, toda enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospecha poliomielitis **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A800 al A809	El único criterio para confirmar un caso probable de polio es la materia fecal recolectada dentro de los primeros 15 días al inicio de la parálisis. Muestra: 5 - 20 gramos de materia fecal para aislamiento del polio virus tipo 1, 2 y 3, en frasco limpio, seco de boca ancha sin conservantes. Se debe conservar y transportar refrigerado de 2° - 8° centígrados.	**Diagnósticos diferenciales:** Estos deben notificarse también cuando se presentan en menores de 15 años porque son diagnósticos sospechosos para la enfermedad: síndrome de guillan barre (G610), mielitis transversa (G373), poli neuropatía (G629), polineuritis (post) infecciosa aguda (G610), meningitis linfocitica (A872), meningitis aséptica (G030), encefalitis (A86), hemiplejía súbita infantil (G802), accidente cerebro vascular (I64), intoxicación por metales pesados (T560 al T569), intoxicación por órgano-fosforados (T600), botulismo (A051), seudo parálisis (R298), parálisis flácida muscular (G728) y enfermedad entero viral del SNC (A888).
	Sarampión y rubeola (Plan de erradicación)	Paciente que presente fiebre alta superior a 38.5° centígrados y erupción maculopapular, acompañado de tos, coriza o conjuntivitis. Además de los sintomas y signos anotados para sarampión, inflamación de ganglios linfáticos cervicales, retrooculares u occipitales para el caso de rubéola **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	**Sarampión:** B050 al B059 **Rubeola:** B060 al B069 Z204	El único criterio para confirmar un caso probable de sarampión y rubéola es una muestra de suero tomada durante los primeros 30 días del inicio de la erupción maculo-papular. Muestra: 5 - 7 cc de suero para titulacion de anticuerpos IgM para el virus del sarampión y rubéola, en tubo seco estéril sin anticoagulante, centrifugar y separar el suero en otro tubo seco estéril. Se debe conservar y trasportar refrigerado de 2° - 4° centígrados	**Diagnósticos diferenciales:** Son diagnósticos sospechosos que deben ser también notificados para sarampión y rubeola: exantema súbito (B082), exantema vírico (B09), escarlatina (A38), enfermedad febril eruptiva, salpullido y otras erupciones cutáneas no especificadas (R21) y síndrome febril eruptivo (R509). nota importante: la vigilancia del sarampión se realiza de manera integrada con la vigilancia de la rubéola
	Síndrome de rubeola congénita (SRC) (Plan de eliminación)	Todo niño-a menor de 1 año de edad, en el cual la madre tuvo confirmación o sospecha de rubéola durante el embarazo y se sospeche o detecte en el bebe uno o varios de los siguientes trastornos: 1. Catarata. 2. Cardiopatía congénita. 3. Sordera. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	P350	Uno de los criterios para confirmar el caso de SRC es una muestra de suero para IgM tomada durante los primeros 6-12 meses de vida. En este periodo suele indicar una infección prenatal. Muestra: 5 - 7 cc de suero para titulacion de anticuerpos IgM para el virus rubéola, en tubo seco estéril sin anticoagulante, centrifugar y separar el suero en otro tubo seco estéril. Se debe conservar y trasportar refrigerado de 2° - 4° centígrados	**Diagnósticos diferenciales:** Deben ser notificados como sospechosos del SRC la catarata congénita (Q120), el glaucoma congénito (Q150, H400), la ceguera bilateral (H540, H541), la retinitis pigmentosa (H355), la microoftalmia (Q112), la sordera/deficiencia auditiva (H903 al H905), la persistencia del conducto arterioso (Q250), la estenosis pulmonar periférica (Q256), la comunicación inter auricular (Q211), e interventricular (Q210), tetralogía de fallot (Q213), cardiopatía congénita (Q28), microcefalia (Q02), diagnósticos de Torchs (P351, P352, P358, P371), hepatomegalia congénita (Q447), esplenomegalia congénita (Q890), malformaciones congénitas múltiples (Q897 al Q899), malformaciones congénitas cardiologicas en general (Q20 al Q25), malformaciones oculares congénitas en general (Q10 al Q15), malformaciones auditivas congénitas en general (Q16, Q17, H90, H91). NOTA IMPORTANTE: Toda gestante vacunada inadvertidamente debe ser notificada y conviene utilizarse el código diagnóstico O353: "Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad vírica en la madre (rubéola)
	Tétanos neonatal. (Plan de eliminación)	Todo bebe que se haya amamantado normalmente durante los 2 primeros días de vida y presente luego dificultad para succionar debido a espasmo de los músculos maseteros no explicable por anomalía congénita u otra enfermedad. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A33	No se dispone de ayudas diagnósticas para la confirmación del caso. Para controlar la enfermedad es necesario vacunar permanentemente con toxoide diftérico a las mujeres en edad fértil con el fin de mantener el nivel inmunitario óptimo. Cinco dosis se consideran suficientes para conferir inmunidad de por vida	**Diagnósticos diferenciales:** Los siguientes diagnósticos pueden confundir el cuadro y deben ser descartados. Anomalías congénitas, complicaciones del parto, traumatismos perinatales, hemorragia intracraneal y anoxia, meningitis, hipoglucemia e hipocalcemia.
	Difteria	Paciente con dolor de garganta y presencia de una membrana adherente en amígdalas, faringe o nariz que no se deja disgregar, difícil de desprender y al desprenderse sangra y se vuelve a reproducir, acompañado o no de fiebre y odinofagia. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A360 al A369 Z222	Se debe obtener muestra para Cultivo y aislamiento de corynebacterium difteriae, con prueba de toxicidad. **Muestra:** frotis faringeo, nasal o de lesiones de piel, obtenida con aplicador de algodón estéril, en zona profunda de la membrana faringea o piel. En fosa nasal, usar aplicador flexible con punta de alginato. Se debe sembrar en apgar chocolate con un terulito de potasio. Incubar a temperatura ambiente y enviar al laboratorio lo más pronto posible. El trasporte es a temperatura ambiente.	Todos los contactos de riesgo se deben observar por un término de 7 días. Además se debe administrar quimioprofilaxis con penicilina benzatínica dosis única. En niños menores de 30 kilos 600.000 U aplicación IM. En mayores de ese peso y adultos 1.200.000 U aplicación IM. En caso de alergia. Estreptomicina oral por 7 días. Para embarazadas la quimioprofilaxis es igual. Como la enfermedad no produce inmunidad se debe aplicar DPT, TD o T.d según edad y terminar esquema.
	Tosferina	Persona con enfermedad respiratoria, tos de 14 o más días, asociada mínimo a paroxismos de tos, estridor inspiratorio, vómito inducido por la tos, sin otra causa aparente que explique el cuadro. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A370 al A379	Se utiliza la inmunofluorescencia directa para detectar la bordetella pertussi. Muestra: Hisopado faringeo, obtenido a través de las fosas nasales utilizando aplicador flexible con punta de alginato de calcio. El aplicador debe ser introducido en un tubo estéril con 0.5 ml de solución salina estéril o hidrolizado de caseína al 0.1%. Se debe agitar manual o mecánicamente de forma suave por 20 segundos. Rotular adecuadamente 4 placas porta-objetos nuevas por paciente y colocar en cada una 2 gotas de la solución homogenizada y encerrar el área de extendido con lápiz de diamante por debajo de la placa. Secar al aire y fijar con calor. Las muestras deben ser remitidas al laboratorio lo más pronto posible a temperatura ambiente.	A los contactos del caso se les debe suministrar quimioprofilaxis con eritromicina. En menores de 5 años, 40-50 mgr/kg/día por 10 días. En mayores de 5 años, 40-50 mgr/kg/día fraccionada para tomas cada 6-8 horas. En adultos 500 mgr cada 6 horas máximo 2 gr/día por 10 días. En embarazadas puede usarse eritromicina o ampicilina 1 gr cada 6 horas por 10 días, auque ésta no es tan efectiva como la eritromicina. Si existe intolerancia a la eritromicina se puede hacer quimioprofilaxis con trimetropin sulfa.
	Rabia	Es una zoonosis, fatal y transmisible, producida por el virus rábico que afecta a los animales de sangre caliente incluyendo al hombre. La transmisión al hombre se produce casi exclusivamente por la moderdura de un animal rabioso, ocasionando en él un cuadro clínico de fiebre, agitación e inestabilidad que evoluciona presentando mayor compromiso del SNC como convulsiones, signos meníngeos y alucinaciones, acompañado de hidrofobia por espasmo de los músculos de la deglución al intentar tragar. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A820 al A829, W53 al W55. Z203	No se dispone de ayudas diagnósticas para demostrar la infección durante el periodo de incubación. Es fácil hacer el diagnóstico solo postmorten.	EXPOSICION GRAVE: Mordedura en cualquier área cubierta o descubierta, lamedura de mucosa, piel lesionada o arañazo en el cuerpo de una persona, cualquiera que sea su número, extensión o profundidad, en cabeza, cara, cuello y dedos ocasionando por un animal: 1. Con rabia confirmada por laboratorio 2. Silvestre o salvaje 3. Con signos o síntomas compatibles con rabia al momento de la agresión o durante los 10 días de observación 4. Sin vacunar, no provocado, que a juicio del médico tratante presente una alta probabilidad de trasmitir la rabia NO EXPOSICIÓN ES: Mordedura en cualquier área cubierta o descubierta del cuerpo de una persona; lamedura de mucosas, lamedura de piel lesionada o arañazo, provocado o no, ocasionado por un animal doméstico vacunado (perros y gatos) con certificado de vacunación vigente, observable, sin signos ni síntomas compatibles con rabia. Es además una lesión causada por un roedor, o una persona que consulta después de 10 días de ocurrida la agresión o contacto con el animal y en el momento en que consulta la persona, el animal se encuentra sano. IMPORTANTE: Animales potencialmente transmisores de la rabia son: perro, gato, murciélagos hematófagos, carnívoros salvajes y ganado vacuno. Las mordeduras de zorros, murciélagos, primates y de otros animales salvajes, aun los domesticados, deben considerarse como una exposición grave que requiere tratamiento inmediato
	Accidente ofídico	ACCIDENTE BOTHROPICO: Manifestaciones locales: dolor intenso, edema, equimosis, sangrado, isquemia local y necrosis. Manifestaciones sistémicas: hemorragia a distancia como gingivorragia, epistaxis y hematuria. En mujeres puede existir riesgo de hemorragia uterina. Pueden ocurrir náuseas, vómito, sudoración, oliguria o anuria, hipotensión arterial, síntomas neurológicos a causa de hemorragia intracraneal y raramente choque ACCIDENTE CROTALICO: Manifestaciones locales: dolor leve, parestesia local o regional y edema discreto. Manifestaciones sistémicas: malestar, postración, sudoración, náusea, vómito, somnolencia o intranquilidad, sequedad en la boca. Fascies miastenicas caracterizadas por ptosis parpebral UNI o bilateral, flacidez muscular, alteración en el diámetro de la pupila, incapacidad en el movimiento del globo ocular pudiendo existir dificultad en la acomodación (visión doble). Alteración en el color de la orina y mialgias. ACCIDENTE LAQUESICO: Manifestaciones locales: predomina el dolor y el edema que progresa a todo el miembro afectado. Pueden aparecer vesículas y ampollas con contenido seroso o serohemático. Manifestaciones sistémicas: hipotensión arterial, oscurecimiento de la visión, bradicardia, cólicos abdominales y diarrea. ACCIDENTE ELAPIDICO: Manifestaciones locales: Vómito, flacidez muscular progresiva, ptosis parpebral, oftalmoplejía y fascies mialgicas. Dificultades para mantener una posición erecta, mialgias, dificultad para deglutir, parálisis muscular que puede llevar a presentar disneas. ACCCIDENTE POR COLUBRIDOS: Edema local importante, equimosis y dolor, sin alteración de la coagulación **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	X20, X29,T630, W59	Muestra: 5-7 cc de suero para pruebas de coagulación, en tubo seco estéril sin anticoagulante.	Todos los accidentes ofídicos causan alteraciones en la coagulación y se recomienda que el tratamiento de todos los casos se realice idealmente en condiciones hospitalarias Nombres conocidos de las especies más comunes: Bothrópicas: mapaná, cuatro narices, jergón. Laquesicas: verrugosa, surucucú. Elapidicas: corales o rabo de ají. Crotalicos: cascabel Colúbridos: serpientes conocidas como cazadoras
	Meningitis meningocóccica	Paciente con cuadro febril acompañado de uno o varios de cefalea intensa, náuseas o vómito, rigidez de nuca, brote petequial o equimosis, choque o sepsis de evolución rápida y agresiva. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A390 al A399	Se debe obtener una de las siguientes muestras para identificar el meningococo: Líquido cefalorraquídeo: a través de punción lumbar obtener en 2 tubos tapa roscas secos y estériles 3-5 cc de líquido, para citoquímico y coloración Gram. Más cultivo o prueba de Látex. La muestra debe conservarse a temperatura ambiente y ser procesada inmediatamente. El cultivo no sustituye la coloración Gram. Es el examen ideal e indispensable para la confirmación del caso. Hemocultivos: 10 cc de sangre total en tubo con anticoagulante, en tomas seriadas en sitios diferentes con intervalos de 30 minutos y extrema asepsia. En niños la cantidad requerida es entre 1-2 cc de sangre. Prueba de Látex: Se requiere LCR para detectar el antígeno. Conservar a T ° ambiente y enviar antes de 12 horas al laboratorio.	Son contactos de alto riesgo para administrar quimioprofilaxis sólo 48 horas después de detectado el caso, aquellas personas que han tenido contacto directo respiratorio o que han compartido utensilios de comida con el paciente en la etapa previa al diagnóstico. En el personal de salud la profilaxis se justifica si hay exposición íntima con secreciones nasofaríngeas (reanimación boca a boca). La quimioprofilaxis se hace con Rifampicina 600 mg cada 12 horas en adultos. En niños menores de 1 año 5 mg/Kg/día durante 2 días repartido en 2 tomas. Niños de más de 1 año 10 Mg/Kg/día repartido en dos tomas. Para gestantes en el primer trimestre penicilina G procainica 1 millón UI IM por 10 días. La Ciprofloxacina 500 mg por una sola vez VO es segura durante los 2 últimos trimestres del embarazo.
	Meningitis por hemophilus influenza	Lactante con signos meníngeos acompañados con fiebre, cefalea y fontanelas abombadas. En niños mayores presencia de signos meníngeos, fiebre, cefalea con rigidez de nuca o espalda. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	G000	Se debe obtener una de las siguientes muestras: Líquido cefalorraquídeo en 2 tubos 3-5 cc de LCR, tapa rosca, secos y estériles para realizar citoquimico y coloración de Gram. Más cultivo o prueba de Látex. La muestra debe conservarse a temperatura ambiente y ser procesada inmediatamente. El cultivo no sustituye la coloración Gram. Es el examen ideal e indispensable para la confirmación del caso. Prueba de Látex: se requiere LCR para detectar el antígeno. Conservar a temperatura ambiente y enviar antes de 12 horas al laboratorio.	El Hemophilus Influenza presenta 6 serotipos A, B, C, D, E, F. El serotipo B es el que con mayor frecuencia causa meningitis. La quimioprofilaxis a los contactos sólo está indicada al grupo familiar incluidos los adultos y niños menores de 5 años a nivel institucional. Se utiliza Rifampicina, la cual para niños es de 20 mg/kg/día por 4 días (dosis máxima 600 mg/día). En adultos 1.200 mg vía oral cada 24 horas por 4 días divididos en 2 tomas. Si desea puede darse la dosis diaria en una sola toma. NO se recomienda en embarazadas. Para estas la alternativa es ceftriazone 250 mg dosis única vía IM. Este medicamento también se utiliza en personas alérgicas a la rifampicina
	Tuberculosis	Tuberculosis pulmonar: Paciente sintomático respiratorio con astenia, adinamia pérdida de peso y anorexia no explicable por otra causa. En algunas ocasiones hay fiebre, hepatoesplenomegalia, hemoptisis, dolor toráxico y a la auscultación sibilancias, crépitos o soplo tubárico. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	A150 al A199	Se requiere realizar Basciloscopias seriadas para revelar la presencia de bacilos acido alcohol resistentes (BAAR). Muestra: esputo, preferiblemente en ayunas recogido en frasco estéril, seco, tapara rosca. Llevar rápidamente al laboratorio (máximo 1 hora), en caso de no hacerlo refrigerarse máximo 24 horas. Las personas con dificultad económica o de desplazamiento, realizar las 3 basciloscopias el mismo día con un intervalo de 30 minutos cada una. De lo contrario la muestra se recibirá durante 3 días consecutivos. Si las basciloscopias son negativas y persiste la sospecha clínica de la enfermedad se debe cultivar la tercera muestra. En niños sintomáticos en quienes no es posible tomar la muestra de esputo, se obtiene jugo gástrico, el cual debe ser succionado con jeringa de 20 cc, colocando la muestra en un tubo tapa rosca con fosfato trisodico al 10% (2cc por cada 10cc de muestra). La muestra debe conservarse refrigerada hasta enviar al laboratorio máximo 24 horas.	Sintomático respiratorio: Códigos diagnósticos (Z111) Es el paciente que presenta tos y/o expectoración de más de 15 días de evolución, además pacientes que presentan por primera vez laringitis y laringotraqueitis crónica, bronquitis crónica, bronconeumonía, neumonía, enfisema o asma (excepto crisis asmática). Para que un caso probable sea confirmado debe tener uno o más de los siguientes criterios: 1. Basciloscopia positiva. 2. Cultivo positivo para Mycobacterium Tuberculosis u otro tipo de mico bacteria. 3. Placa de rayos X con anomalías compatibles con tuberculosis. 4. Reacción de tuberculina positiva en menores de 10 años sin cicatriz de BCG. 5. Contacto de riesgo en los últimos 3 meses con un caso confirmado por laboratorio. Todo paciente positivo para VIH/SIDA debe considerarse sospechoso para TB por lo que requiere la toma del examen
	Fiebre amarilla	Paciente procedente de zona selvática o limítrofe de éstas, con fiebre, ictericia, escalofríos, cefalea, náuseas, vómito y postración que puede acompañarse de pulso débil con temperatura elevada, mialgias, anuria, albuminuria, hemorragias del tracto digestivo y leucopenia. Toda muerte por cuadro ictérico agudo. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A950 al A959	**Pruebas requeridas:** **Muestras:** 5 cc de sangre total en tubo con anticoagulante para HLG que advierte sobre leucopenia y neutropenia. Conservar y transportar a temperatura ambiente hasta el procesamiento el cual debe ser rápido. 5 cc de sangre total para pruebas de anticoagulacion TP y TPT en tubo con anticoagulante (citrato de sodio), la cual se debe centrifugar inmediatamente y separar el plasma en tubo estéril para procesar inmediatamente, de lo contrario refrigerar de 2-8° centígrados hasta por 4 horas o congelar máximo por 24 horas. El transporte es congelado. 5 cc de suero no hemolizado para transaminasas GOT y GPT en tubo seco estéril. 5 cc de suero no hemolizado para titulación de anticuerpos tipo IgM específico para fiebre amarilla, la conservación y transporte es igual a las anteriores. El aislamiento viral debe realizarse con 3-5 cc de suero no hemolizado, 5 días después de iniciado el cuadro febril. Se debe tomar 2 muestras con 7 días de intervalo entre ellas. Los tubos deben ser sellados con cinta adhesiva. El transporte se hace refrigerado de 2-8° centígrados.	Los contactos a riesgo, convivientes, vecinos y compañeros de trabajo o estudio no inmunizados, deben vacunarse inmediatamente.
	Sífilis congénita (Plan de eliminación)	Recién nacido (vivo o muerto) cuya madre tiene diagnóstico de sífilis, que no recibió tratamiento o este fue incompleto o inadecuado, independiente de los hallazgos clínicos del recién nacido. Niño con brote maculopapaular, hepato y/o esplenomegalia, ictericia, anemia y rinorrea. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A500 al A509	Se requiere muestra para VDRL y FTA ABS. Muestra: 3-5 cc de suero no hemolizado ni lipemico en tubo seco, estéril y requiere ayunas. Para conservarlo y trasportarlo debe refrigerarse de 2-6° centígrados.	Si las gestantes viven en áreas rurales, zonas de difícil acceso y no adherencia al control prenatal, la prueba debe realizarse al momento de su captación. En hospitalización NO se debe dar de alta a una madre sin conocer el resultado de la serologia para sífilis. En gestantes, diluciones inferiores a 8 Dils no descartan la infección, por tanto es necesario realizar un nuevo control serológico a los 15 días para determinar incremento en los títulos o estudiar con FTA-ABS
	Cólera	Todo caso con diarrea profusa y acuosa de inicio súbito y de rápida progresión hacia la deshidratación acompañada de vómitos y calambres. Especial atención a pacientes procedentes de zona endémica o epidémica. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A000 al A009	Aislamiento del Vibrión colerae. **Muestra:** materia fecal recogida en las primeras 24 horas después de iniciados los sintomas y antes de iniciar el tratamiento con antibióticos, en tubo seco tapa rosca. Se debe impregnar un aplicador estéril en la muestra e introducir en un tubo con medio de transporte Cary-blair. El transporte y la refrigeración son de 2-6° centígrados hasta la siembra en el laboratorio.	La ingestión de mariscos crudos o mal cocidos provenientes de aguas contaminadas ha ocasionado brotes importantes. Las manos juegan un papel relevante en el modo de transmisión.
	Malaria	Toda persona que reside en área endémica o procede de ésta y que presenta cuadro febril acompañado o no de manifestaciones clínicas como escalofrío sudoración, mialgias o cefalalgia. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B500 al B54	Demostrar el parasito Plasmodium al examen de Gota gruesa. **Muestra:** obtención de sangre capilar del pulpejo de dedos por punción con lanceta estéril. Se realizan 2 extendidos por placa, dejar secar espontáneamente, colorear y leer. Las muestras secas pueden conservarse a temperatura ambiente, protegidas del sol, polvo y humedad por varios meses. El trasporte es a temperatura ambiente. Si la gota gruesa es negativa y el paciente continuo con sintomatología sugestiva se le debe tomar gota gruesa cada 8 horas por 3 días.	La infección además de transmitirse por la picadura de un mosquito infectado (hembra anofelina), se puede adquirir por transfusiones sanguíneas (la sangre infectada almacenada en banco de sangre puede permanecer infectante hasta por 16 días), procedimientos con elementos contaminados (aguja y jeringa) y por transmisión congénita. El Plasmodium puede ser de 4 tipos: falciparum, vivax, malarie y ovale. De estos 4 tipos en Colombia se han encontrado 3 especies y en Antioquia 2 (vivax y falciparum), además se puede presentar la infección mixta.
	Dengue clásico	Paciente que presenta cuadro febril agudo acompañado de cefalea, mialgias, dolor retroocular, artralgia, y en algunos casos presencia de exantema o alguna manifestación hemorrágica. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A90	Se requiere identificar el virus del Dengue en: **Muestra:** 5 cc de suero no hemolizado para detección de anticuerpos IgM contra el virus Dengue (detectables al quinto día de iniciado el cuadro febril), sueros lipemicos pueden dar falsos positivos. Detección de anticuerpos totales por inhibición de hemoaglutinación. Aislamiento viral el cual permite diferenciar el serotipo infectante pero no es una prueba rutinaria. Para el examen se requiere ayunas y es necesario la obtención de 2 muestras con intervalos de 7 días entre cada una.	En el dengue clásico no se recomienda el uso de aspirina y salicilatos.
	Dengue hemorrágico	Paciente que presenta los siguientes 4 criterios: 1. Cuadro febril agudo acompañado de cefalea, mialgias, artralgia y en algunos casos exantema 2. Alguna manifestación hemorrágica o prueba de torniquete positiva. 3. Alteraciones en la coagulación (Trombocitopenia menor a 100.000 plaquetas/mm3) 4. Hemoconcentracion la cual se demuestra por aumento del hematocrito mayor o igual a un 20% comparado con uno normal tomado antes o después de 4-5 días del inicio de la sintomatología o una relación Hto/HB mayor o igual a 3.5 o presencia de derrames serosos (pleura, peritoneal) o signos de choque o hematocrito superior a 48. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A91	Se requiere identificar en sangre el virus del Dengue en cualquiera de las siguientes pruebas. **Muestra:** 5 cc de suero no hemolizado para detección de anticuerpos IgM contra el virus Dengue (detectables al 5° día de iniciado el cuadro febril), sueros lipemicos pueden dar falsos positivos. Detección de anticuerpos totales por inhibición de hemoaglutinación. Aislamiento viral el cual permite diferenciar el serotipo infectante pero no es una prueba rutinaria. Para el examen se requiere ayunas y es necesario la obtención de 2 muestras con intervalos de 7 días entre cada una.	La prueba de torniquete se realiza con un tensiometro, colocándolo en el punto medio entre la presión sistólica y diastólica del paciente. Se deja por 5 minutos y luego se cuentan las petequias. La prueba con recuento de petequias mayor de 20 en un cuadrado de 2.5 cm. es considerada como positiva. El dengue hemorrágico se clasifica en los siguientes grados: Grado 1: fiebre acompañada de síntomas generales y la única manifestación hemorrágica es una prueba de torniquete positiva. Grado 2: Con los signos y síntomas del grado 1 más hemorragias espontáneas sin signos de choque. Grado 3: Choque manifiesto por pulso rápido y débil, hipotensión o presión de pulso menor o igual a 20 mmHg, piel fría, húmeda y agitación. Grado 4: Choque profundo con presión arterial y pulso no perceptibles.
	Intoxicación alimentaria	Paciente con cuadro de dolor abdominal, flatulencia, vómito, diarrea, nauseas, escalofrió y fiebre que se manifiestan en forma súbita y que se sospecha sean debidas al consumo reciente de un alimento **NOTIFICAR DESDE PROBABLE PARA BROTE** **CONFIRMADO PARA CASO INDIVIDUAL**	A050 al A059 T612, T618	Identificación del agente en muestras procedentes del agua y alimentos consumidos o de materia fecal o vómito de los casos	Alimento de alto riesgo: sustancia elaborada, semielaborada o natural destinada para el consumo humano y que por sus características químicas, físicas o biológicas pueden experimentar alteraciones. Las carnes, aves, mariscos, leche y sus derivados se consideran como los alimentos de mayor riesgo. Brote: Existencia de un número elevado, inusual, de casos de una enfermedad, relacionados entre sí por derivarse de una misma fuente de infección en un momento y lugar determinado. Dos o más personas son un brote.
Semanal	**Tétanos**	Paciente con contracciones musculares dolorosas, espasmos generalizados, rigidez, opistótonos, trimus, risa sardónica, no asociados a otra causa. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A34, A35	No se dispone de ayudas diagnósticas para la confirmación del caso.	Una persona expuesta a tétanos, es aquella sin antecedente de vacunación que sufre una herida, quemadura, o mordedura de animal y no recibe una atención adecuada para el tipo de lesión, o aquella a quien se le realizó con instrumental no estéril un procedimiento que compromete la integridad de mucosas o piel.
	Suicidio **Intento de suicidio**	**Intento de suicidio:** Es aquel realizado por una persona que ha decidido terminar con su vida y al intentarlo fracasa. **Suicidio:** Es el resultado fatal de una conducta autodestructiva realizada con intencionalidad. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	X60 al X84	No aplica	La autopsia psicológica es el método más adecuado y utilizado para la clasificación de suicidio equivoco, sirve además para la investigación de los factores asociados al suicidio porque reconstruye la biografía del occiso a través de información obtenida de documentos personales, policíacos, reportes médicos, entrevistas con familiares, amigos y compañeros de trabajo y el protocolo y análisis de la necroscopia.
	Parotiditis viral	Paciente con fiebre, edema y dolor de glándulas salivares. **LA CLÍNICA LO CONFIRMA**	B260 al B269	Se requiere muestra de sangre para la confirmación diagnóstica: Muestra: 8-10 ml de suero en tubo seco, estéril, para titulación de anticuerpos IgM.	Durante la enfermedad, pueden presentarse pancreatitis, neuritis, artritis, mastitis, nefritis, tiroiditis y pericarditis. La orquitis suele ser unilateral y se observa en el 20-30% en los hombres prepuberes y la ovaritis aproximadamente en el 5% de las mujeres. La esterilidad y la sordera son secuelas raras. Es importante vacunar con SRP a los contactos susceptibles (sin vacunación previa)
	Varicela	Paciente con erupción vesiculosa generalizada. Poco o ningún grado de fiebre. Presencia de prurito en las lesiones, las cuales evolucionan de máculas a pápulas. Vesículas que en el centro forman costras semejantes a un ojo de pescado. Hay floraciones sucesivas lo que permite ver en forma simultánea máculas, pápulas y vesículas **LA CLÍNICA LO CONFIRMA**	B010 al B019	Ante la duda clínica puede ordenarse examen de sangre para titulación de anticuerpo IgM específico. El cual si es muy utilizado en embarazadas y en recién nacidos hijos de madres que sufrieron la enfermedad durante la gestación	La vacuna es la medida ideal para proteger a los susceptibles pero no es dada por el Estado. La forma Zoster es la manifestación local de la infección recurrente. Se presenta con mayor frecuencia en la vejez
	Hepatitis B y hepatitis delta	Paciente con anorexia, astenia, náuseas o vómito. Además, coluria, presencia o no de ictericia o elevación de las alaninoaminotransferasas. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B160 al B171	Detectar los marcadores serológicos de infección. Muestra: 5 cc de suero no hemolizado para antígeno superficial del VHB (AgsHB) y anticuerpos tipo IgM contra el antígeno central (IgM AntiHBC). Si se sospecha hepatitis Delta solicitar anticuerpos contra el antígeno de la hepatitis Delta (AntiHVd)	Se debe realizar profilaxis postexposición con vacuna antihepatitis B a los contactos de riesgo
	Hepatitis A	Paciente con anorexia y náuseas acompañado de fiebre, dolor abdominal, ictericia, coluria, acolia y dolor en hipocondrio derecho. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B150 al B159	Se requiere muestra de sangre para Anticuerpos tipo IgM contra el virus de la hepatitis A. Muestra: 5 cc de suero no hemolizado en frasco estéril, seco. Los sueros lipemicos pueden dar falsos positivos. Se requiere ayuno para el examen.	En la actualidad se cuenta con vacuna para prevenir la enfermedad pero no es dada por el Estado.
	Leishmaniosis	Paciente procedente de zona endémica, con úlcera cutánea o en mucosa con más de dos semanas de evolución redonda u ovalada con bordes levantados que no cicatriza en un periodo de tiempo normal, adenopatías localizadas, anemia, esplenomegalia y síndrome febril prolongado. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B550 al B559	Para la forma cutánea. Muestra: material extraído del borde de la lesión con hoja de bisturí, aproximadamente 6 mm de largo por 1 mm de profundidad, raspando el tejido de la parte inferior hacia la piel sana. El material extraído debe extenderse en 2 placas portaobjetos, se dejan secar por 10 minutos y fijar con metanol o alcohol al 70%. Si el resultado es negativo y persiste la sospecha, se recomienda repetir la prueba, tomando muestra de un sitio diferente hasta ajustar 3 frotis. Si da negativo realizar biopsia si persiste sospecha médica. Para la forma mucocutánea se requiere 10 cc de suero para inmunopluorescencia indirecta (IFI). Método muy empleado para la detección de anticuerpos. Títulos de 1:32 o mayores son considerados como significativos. Poco utilizada es la prueba Montenegro la cual por si sola no es diagnóstica sino complementaria. Para la forma visceral examen parasitológico directo mediante aspirado de bazo o medula ósea	Es importante tener en cuenta que las lesiones de leishmaniosis son de crecimiento lento e indoloras pueden cicatrizar espontáneamente en semanas o persistir por años.
	Enfermedad de Chagas	Paciente procedente de área endémica, quien refiere o no, antecedente de picaduras. Presenta signo de romaña, adenopatías, visceromegalias, fiebre intermitente, algún grado de anemia y en algunos casos alteraciones neurológicas. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B570 al B575	Se requiere muestra de sangre para gota gruesa, centrifugación o extendido. Muestras: 1 gota de sangre capilar a través de punción del pulpejo del dedo colocada entre lámina y laminilla para la gota gruesa o se extiende sobre un portaobjeto para el extendido. La muestra para centrifugación requiere 5 cc de sangre total en tubo estéril con anticoagulante, se centrifuga y se observa la zona limítrofe entre la capa de eritrocitos y plasma. La detección de anticuerpos contra tripanosoma cruzy, IFI o micro Elisa, 5cc de sangre, en tubo seco sin anticoagulante, idealmente ayuno. Centrifugar y separar en tubo seco y refrigerar hasta su envío entre 2-4° centígrados. El trasporte debe hacerse entre 2-8°	La infección puede cursar asintomática o manifestarse clínicamente en forma aguda o crónica y también se ha descrito la forma congénita. Solo se confirma el diagnóstico cuando el ELISA e IFI son positivas
	VIH / SIDA	Persona con antecedente de contacto de riesgo sin protección y que presenta pérdida de peso, fiebre, fatiga, anorexia, linfadenopatia, diarrea crónica e infecciones oportunistas frecuentes. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B200 al B24	Se requiere realizar determinación de anticuerpos contra el VIH y prueba confirmatoria en caso de ser positivo. Muestra: 5cc de suero no hemolizado ni lipemico en tubo estéril, seco. No requiere ayuno. Se debe centrifugar y separar el suero en tubo estéril seco. Se debe refrigerar entre 2-6° centígrados. Para el trasporte entre 2-8° centígrados.	Todo paciente debe autorizar por escrito su aceptación para la realización de las pruebas preventivas como diagnósticas. El consentimiento debe quedar en la Historia clínica.
	Oftalmia gonocócica neonatal	Recién nacido que presenta enrojecimiento, inflamación y exudado muco purulento en uno o ambos ojos. **NOTIFICAR DESDE PROBABLE**	A543	Se requiere Gram de secreción conjuntival obtenida con aplicador estéril en cada ojo, extender en placa y colorear con Gram. El extendido coloreado o sin colorear puede conservarse por varios meses. El trasporte se hace a temperatura ambiente.	Pueden presentarse úlceras y perforaciones de la córnea y ceguera si no se inicia rápidamente el tratamiento especifico.
	Lepra. (Plan de eliminación)	Paciente sintomático de piel de 3 meses o más de evolución que además presenta parestesias o disestesias y que puede acompañarse de alopecia, ulceración del tabique nasal, fotofobias, posición asimétrica de cejas y en algunos casos déficit sensitivo y motor. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	A300 al A309	Prueba de Hansen. **Muestra:** 5 muestras de moco nasal y Linfa. La primera muestra debe ser del moco nasal, la segunda de linfa de oreja izquierda, la tercera de linfa de oreja derecha, la cuarta de linfa de lesiones de codo o de rodilla derecha, la quinta muestra de linfa de codo o de rodilla izquierda. Dejar secar a temperatura ambiente.	Diagnósticos diferenciales: A partir del examen de laboratorio con: Nevus acromico, vitiligo, pitiriasis versicolor, granuloma anular, liquen rojo plano, leishmaniosis, psoriasis y parapsoriasis, eritema indurado de Bazin, neurodermitis, nevus anémico, pitiriasis alba, carate pinta, lues eritematosos discoide, pian framboesia, tiñea corporis, neurofibromatosis, sífilis secundaria sintomática, dermatitis atopica, parálisis de Bell o parálisis facial, contractura de Dupuytren y neuropatía diabética (perforantes).
	Intoxicación por mercurio	Persona que presenta niveles biológicos por encima de 35 ug/l en orina con o sin manifestación clínica como ansiedad, depresión, temblores, cefaleas, inmsonio, astenia, adinamia marcada, caída de dientes y pelo, úlceras gingivales. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	T561	Determinación de niveles de mercurio en orina de 24 horas en recipiente plástico PRE lavado con acido nítrico concentrado, 1ml por litro. Se debe refrigerar entre 2-8° centígrados durante la recolección y el trasporte. Para el trasporte se debe agitar la totalidad de la muestra y envasar 150 cc en un frasco plástico PRE lavado con acido nítrico concentrado 1 cc por litro.	Se consideran personas de riesgo: Quemadores de amalgama, todas las personas del ramo de la minería de oro, compradores de oro, odontólogos y auxiliares de odontología.
	Violencia intrafamiliar	Persona que dentro del contexto familiar sea victima de daño físico o psíquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	Y07 a Y071, Y078, Z614, T740, T748,T749, Z630, Z631	No aplica	Después de la atención brindada, se debe sugerir al afectado realizar denuncia penal al comisario de familia y en falta de éste, al juez civil municipal o promiscuo municipal, a si mismo solicitar una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión. En los casos de violencia intrafamiliar en comunidades indígenas, el competente para conocer estos casos es la respectiva autoridad indígena, en desarrollo de la jurisdicción especial prevista por la constitución nacional.

Eventos Centinelas

TIPO DE NOTIFICACIÓN	EVENTO	DESCRIPCIÓN DEL CASO	CÓDIGO CIE - 10	LABORATORIO	OBSERVACIONES
Semanal	**Muerte materna**	Defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), independiente del sitio y del tiempo de duración de éste. Se excluyen de esta clasificación las muertes ocasionadas por accidentes, envenenamientos y homicidios pero deben notificarse. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	O95 al O97	No aplica	Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS.
	Muerte por malaria	Todo fallecimiento de un paciente con diagnóstico confirmado por pruebas de laboratorio de malaria complicada en cualquiera de sus formas. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	B500 al B54	No aplica	La transmisión de la Malaria también puede ocasionalmente ocurrir por inoculación directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional, así como congénitamente, y en forma casual por pinchazos con jeringas contaminadas. Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS.
	Muerte por dengue	Todo fallecimiento de un paciente con diagnóstico confirmado por pruebas de laboratorio de dengue hemorrágico o síndrome de choque de dengue. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	A90, A91	No aplica	Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS.
	Otitis media aguda supurativa (OMAS)	Menor de 5 años que presente dolor de oído medio de comienzo rápido y evolución inferior a 3 semanas acompañado de fiebre alta superior a 38°, tímpano eritematoso, poca motilidad de la membrana timpánica y otorrea.	H660	No aplica	Solo se reportan los casos ocurridos en menores de 5 años y EPISODIO AGUDO. Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS.
	Hospitalización por neumonía	Todo niño entre 3-5 años que por presentar cuadro respiratorio severo sea hospitalizado **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	J120 al J189	No aplica	Solo se reportan las neumonías que se HOSPITALIZAN en menores de 3 a 5 años. Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS
	Hospitalización por enfermedad diarréica aguda	Todo niño entre 3-5 años que por presentar cuadro diarréico severo sea hospitalizado **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	A000 al A09	No aplica	Solo se reportan las EDA que se HOSPITALIZAN en menores de 3 a 5 años. Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS.
	Bajo peso al nacer	Todo neonato que al nacer tiene un peso igual o inferior a 2.500 grs. **NOTIFICAR CUANDO YA SE HA CONFIRMADO**	P070 al P073	No aplica	Clasificación del Bajo Peso: 1. Bajo peso extremo: Inferior a 1.000 grs. 2. Muy bajo peso: Menor o igual a 1.500 grs. 3. Bajo peso: Entre 1.501 y 2500 grs. Se debe realizar análisis del caso y remitirlo a la EPS.

Todos los eventos deberan ser notificados simultáneamente a las oficinas de Epidemiología de las Secretarias de Salud respectivas y a la EPS COMFENALCO al correo electrónico: comentarios@comfenalcoantioquia.com